LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

# LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

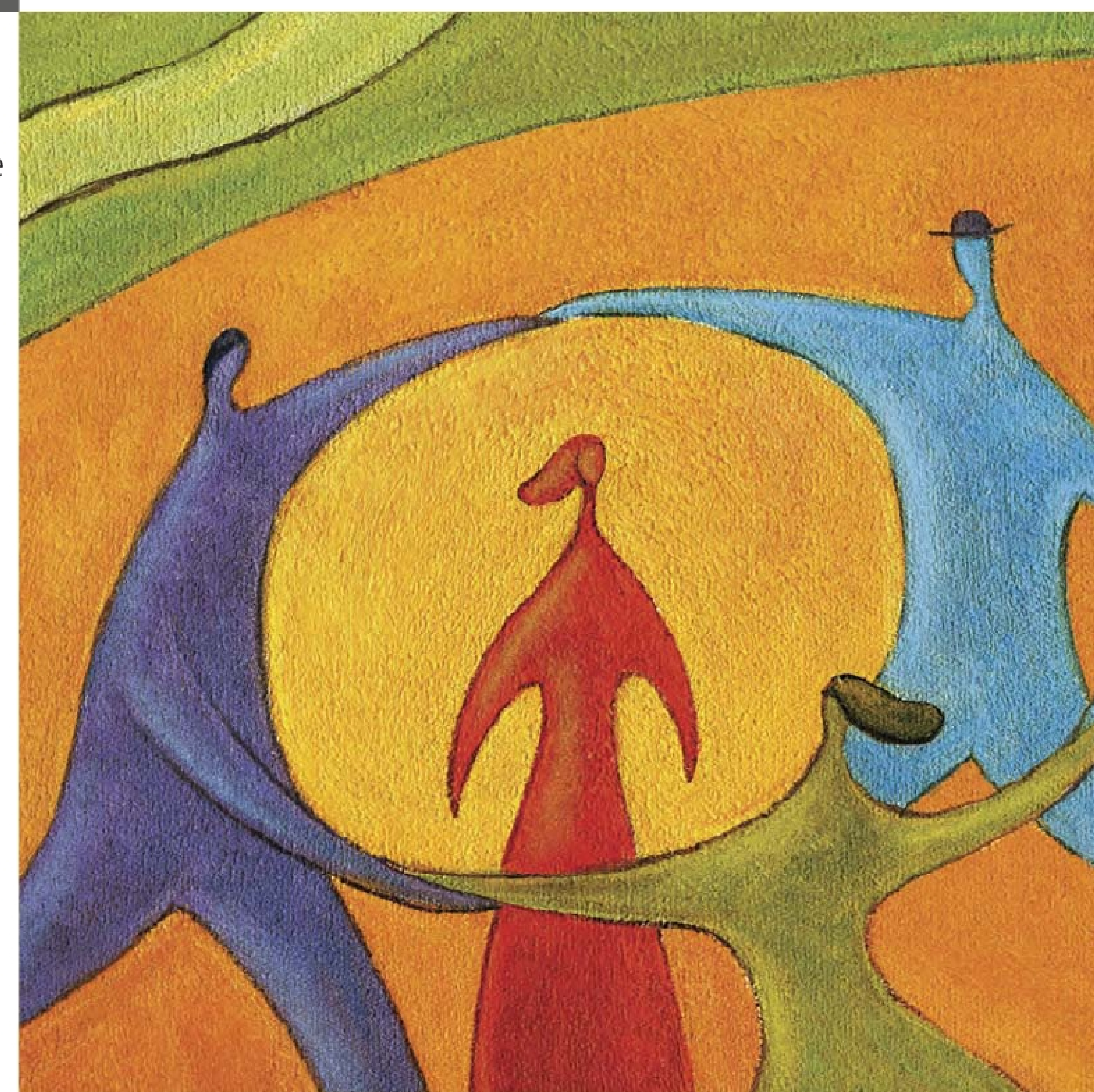
LE MENSUEL DES PROFESSIONNELS

**Psychologue** de liaison en service de pédiatrie

**États limites :** quelle posture éducative et thérapeutique ?

**Les naissances** et les urgences ont-elles rendez-vous avec la Lune ?

**La démobilisation scolaire des adolescents**



DOSSIER

# Patient et famille en psychiatrie L'approche systémique

**N°313** Déc. 2013/Jan. 2014

DOM/S : 7,50 € – BEL : 7,40 € – MAR : 75 Mad
N CAL/S : 890 cfp – POL/S : 950 cfp – MAY : 7,90 €

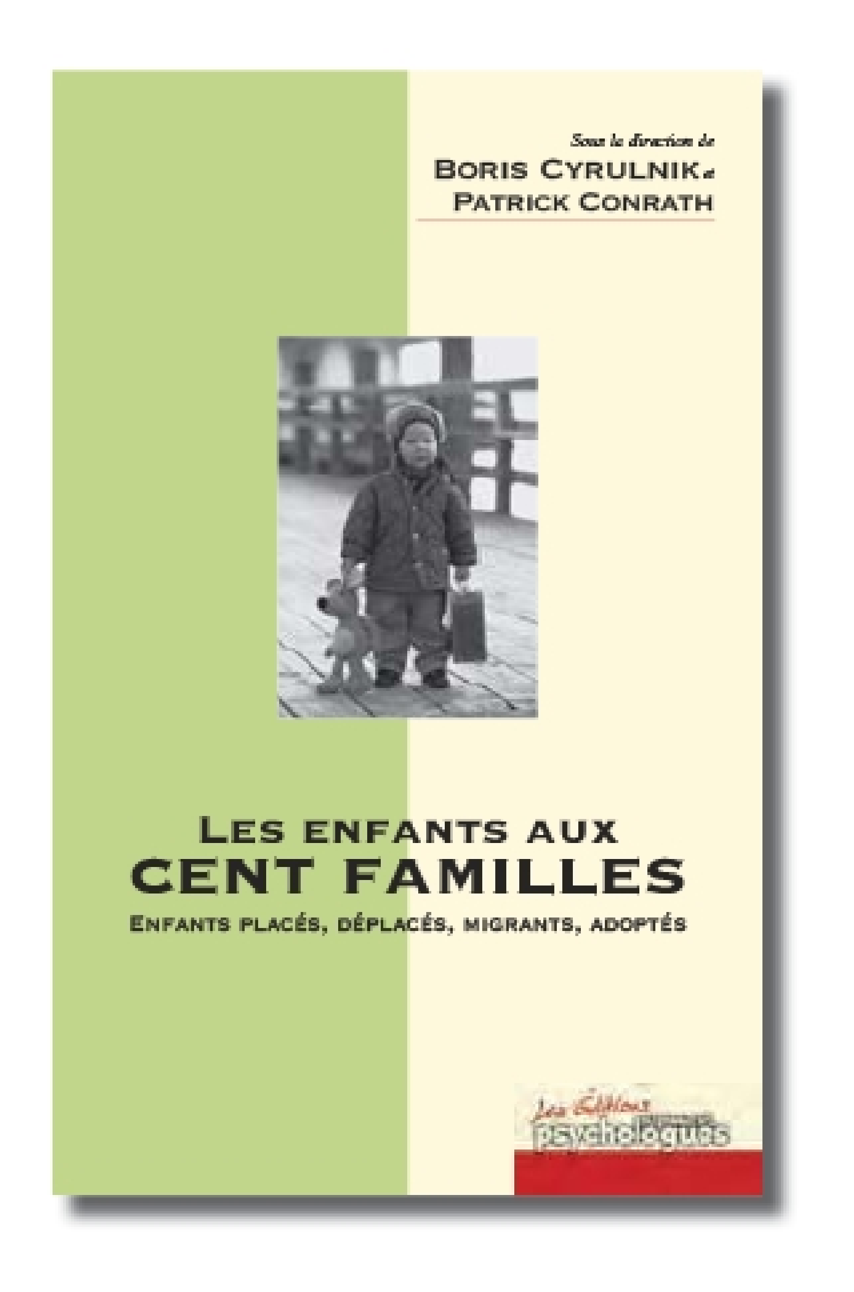
martin média

L 17653 - 313 - F: 6,50 € - RD

# LES ENFANTS AUX CENT FAMILLES

## Enfants placés, déplacés, migrants, adoptés

Les Éditions du Journal des psychologues




Sous la direction de

**Boris Cyrulnik & Patrick Conrath**

**24,90 €***

Frais d'envoi compris

Disponible également sur

www.jdpsychologues.fr

***Ouvrage issu du IXe Colloque international sur la résilience « Cent Familles » organisé par Boris Cyrulnik.***

♦ Les enfants aux cent familles sont des enfants placés, déplacés, adoptés ou encore migrants.

♦ Ils vivent les conséquences de séparation, de déqualification parentale ou de situation sociale précaire. Tous ont en commun la rupture des liens, la quête d'un amour parental impossible rejouant le scénario d'abandon suivant de multiples modalités, confrontés à des difficultés d'intégration, d'appartenance à une identité difficile à conquérir.

♦ Cet ouvrage, rédigé par des spécialistes de tout horizon des questions familiales, propose une lecture approfondie et multiple de ces situations. Les perspectives historiques, ethnopsychiatriques, et l'approche anthropologique permettent de mieux comprendre comment accueillir ces enfants confrontés à des carences fondamentales, comment sauvegarder les liens d'attachement et éviter les retraits parfois brutaux de familles considérées comme défaillantes. **Et surtout comment les accompagner et les aider à se repérer afin de donner un sens à leur vie et de « faire famille » pour eux-mêmes et pour ceux qui les entourent au sens plein du terme.**

## BON DE COMMANDE

à découper ou photocopier et à retourner au **Journal des psychologues – CDE**
**10, av. Victor-Hugo – CS 60051 – 55800 REVIGNY – N° Indigo 0 825 82 63 63 – Fax 03 29 70 56 74**

Code AJDP0005

Nom ..............................

Prénom ..............................

Adresse ..............................

..............................

Code postal |_|_|_|_|_|

Ville ..............................

**OUI, je souhaite recevoir :**

............ ex. de **Les enfants aux cent familles** *(Réf. 0106LIVP)*
au prix unitaire de **24,90 €*** soit .................. €

**Je choisis de régler :**

❑ par chèque joint à l'ordre du *Journal des psychologues*

❑ par carte bancaire |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Expire fin |_|_| |_|_| Signature *(uniquement CB)*

Code CVC |_|_|_| Code vérification client
(trois derniers chiffres du n° figurant au verso de votre carte)

* *Tarif France métropolitaine. Autres destinations, consulter* www.jdpsychologues.fr



# Le règne du faux

PATRICK CONRATH
DELPHINE GOETGHELUCK



Il y a déjà quarante ans, Guy Debord affirmait que le vrai est un moment du faux [1]. Aujourd'hui, on pourrait sans vergogne affirmer le contraire. Le faux est à l'honneur. Et pis, après avoir attendu patiemment en coulisses, son heure de gloire est arrivée. Il s'affiche comme la possibilité de ce qui nous paraît plausible dans l'existence.

On fait commerce, aujourd'hui, du faux pour approcher la vérité. Ainsi en Corée, pour lutter contre le suicide des adolescents organise-t-on de fausses funérailles avec séjour momentané dans un cercueil, afin de faire l'expérience, de son vivant, de ce qu'est la mort. Frissons garantis, *exeunt* les idées noires, le simulacre permet, paraît-il, de jouir à nouveau de la vie, la vraie. Philip K. Dick doit se retourner dans sa tombe [2]...

La société actuelle nous a habitués, depuis quelque temps, à jouer sur les contrastes, à juxtaposer les contraires, à faire de la politique de l'oxymore, comme le développe le philosophe Bertrand Méheust [3] dans un essai implacable, à l'image de la fameuse « croissance négative », formule pour le moins étrange.

Mais inutile de chercher aussi loin. Les faux psychologues, par exemple, s'affichent désormais sur la toile en prenant comme caution le fameux code de déontologie (des psychologues, les « vrais »...) pour asseoir leur maîtrise « thérapeutique » sur l'autre, et ce, sans aucun souci éthique. Le code de déontologie pour faire fi de toute éthique, voilà qui n'est pas banal !

Alors, qu'est-ce qui est vrai, qu'est-ce qui est faux ? Apparemment, peu importe. Le tout, c'est que ça rapporte. On savait depuis longtemps que les faussaires en œuvre d'art pouvaient devenir millionnaires grâce à leur talent. On sait depuis peu que certains faussaires ont pignon sur rue et vendent officiellement leurs œuvres presque aussi chères que les vraies.

Au fait, savez-vous ce que font les faussaires de leur argent ? Ils achètent de vrais tableaux. Peut-être que les faux psys, caricaturistes de l'inconscient, devraient aller consulter de vrais psys. En tout cas, à la lecture de leurs sites, on le leur conseille fortement. À conseiller aussi, à l'approche des fêtes, de bien observer la cohorte de Pères Noël qui vont se manifester dans les rues : parmi les faux, il y en a peut-être un vrai...

1. *La Société du spectacle*, 1967.
2. *Simulacres*, 1964.
3. *La Politique de l'oxymore*, 2009.




SOMMAIRE

N° 313
DÉC. 2013 – JANV. 2014

## LE POINT DE VUE DE...

6 **Consommer ou conserver ?**
*Claude Lemoine*

## ACTUALITÉS

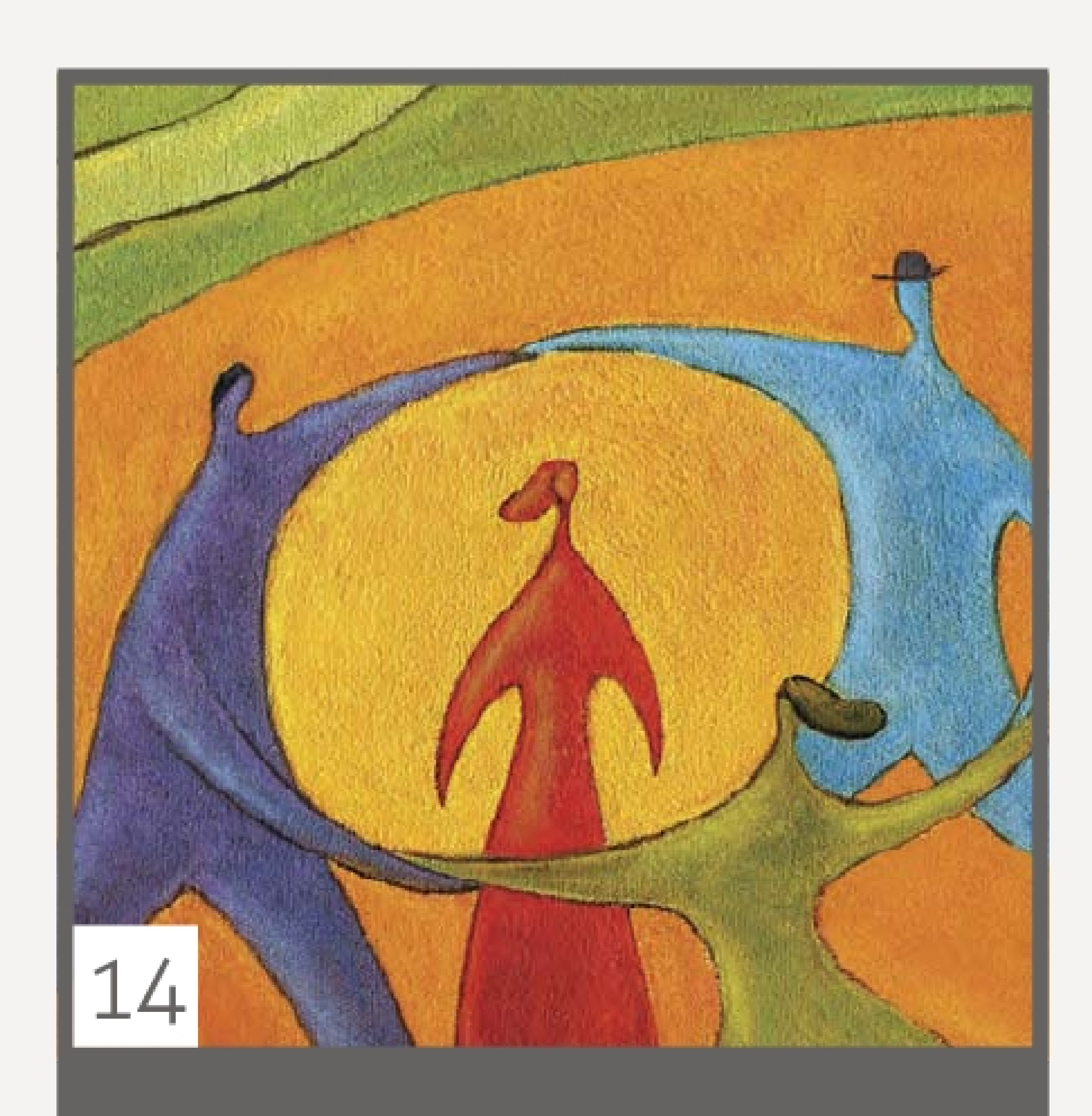
7 • **Gratification des stages : Suspension de l'obligation pour l'année universitaire 2013-2014**
• **Oncologie : Étude nationale sur le travail en équipe**

## CULTURE

77 **Être seul, avec quelques autres**
*Florian Houssier*

## LIRE

78 **Clancier. Les mystères d'un poète centenaire**
*De Claude Lorin*
**Actualité des communautés thérapeutiques**
*Sous la direction de Yves Lecomte et Francis Maqueda*



## DOSSIER

### Patient et famille en psychiatrie. L'approche systémique

14 Inclure la famille dans la prise en charge du patient adulte
16 Le couple parental face à la maladie psychique de leur enfant adulte
21 Diagnostic et thérapie en psychiatrie : quels liens possibles ?
27 Projet de soin, projet de sortie, projet de vie
Quelle place pour la famille ?
31 Prise en charge des suicidants et de leur entourage
37 Penser un groupe multifamilial en psychiatrie adulte
42 Un groupe de psychoéducation pour les patients bipolaires et leur entourage
46 Bibliographie

M A I R E




53

RECHERCHE

**La démobilisation scolaire des adolescents**
*Émeline Bardou*

RECHERCHE

48 **Anthropologie**
**Les naissances et les interventions d'urgence ont-elles rendez-vous avec la Lune ?**
*Noureddine Bouati, Lorène Gelly, Thierry Roupioz et coll.*





PRATIQUES PROFESSIONNELLES

61 **Hôpital**
**Psychologue de liaison en service pédiatrique**
*Marion Grandière, Véronique Delvenne, Isabelle Lambotte*

REGARDS SUR…

65 **États limites : quelle posture éducative et thérapeutique ?**
*Maryse Maligne*





71 **Les représentations de l'eau chez les enfants**
*Christine Durif-Bruckert*

8 AGENDA
80 REVUES
81 OFFRES D'EMPLOI ET PETITES ANNONCES



**Le Journal des psychologues** est édité par MARTIN MEDIA SAS au capital de 150 000 € 55800 Revigny-sur-Ornain

**Directeur de publication :** Arnaud Habrant

**Directeur des rédactions :** Charles Hervis

**Directeur Marketing - Partenariat :** Stéphane Sorin (marketing@martinmedia.fr)

**Administration, abonnements, éditions :** 10, avenue Victor-Hugo CS 60051 – 55800 Revigny-sur-Ornain Tél. : 03 29 70 56 33 – Fax : 03 29 70 57 44

**Diffusion MLP, vente au numéro et réassort :** Mylène Muller – Tél. : 03 29 70 56 33 Commission paritaire : n° 1216T81040 – ISSN 0752-501 X Dépôt légal à parutionx

**Impression :** Corlet Roto – Ambrières-les-Vallées

**LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES**
Site Internet : www.jdpsychologues.fr

**Rédacteurs en chef :** Patrick Conrath, Delphine Goetgheluck

**Secrétaire de rédaction :** Frédérique Kerfant-Delamotte

**Secrétaire de rédaction adjointe :** Véronique Haguenauer

**Correctrice :** Françoise Martin-Borret





**Culture :** Miguel de Azambuja et Florian Houssier

**Seuls les articles qui n'ont fait l'objet d'aucune publication, y compris sur Internet, sont acceptés. Les articles signés sont publiés, après accord de la rédaction, sous la responsabilité de leurs auteurs.**





**Création graphique :** Eden Studio

**PAO et CV1 :** Gaëtan Melillo

**Publicité :** Frédérique Kerfant-Delamotte Courriel : f.kerfant@martinmedia.fr

L'acceptation et la publication d'annonces publicitaires n'impliquent pas l'approbation des services rendus. La direction se réserve le droit de refuser toute insertion publicitaire, sans avoir à justifier sa décision.

**Crédits photographiques :** CV 1, p. 21, p. 29, p. 39, p. 49, pp. 72-73 : Corbis – p. 14 : Constant Formé-Bècherat – pp. 32-33, p. 67 : BSIP – pp. 54-55 : Getty Images.

**Fondateur :** Armand Touati

**Pour joindre la rédaction :** Tél. : 01 53 38 46 46 – Fax : 01 53 38 46 40 Courriel : jdp@martinmedia.fr

**Adresses postales :**
• Rédaction en chef : 5, rue des Allumettes 13090 Aix en Provence
• Secrétariat de rédaction : 50, ter, rue de Malte 75011 Paris

LE POINT DE VUE DE…
CLAUDE LEMOINE



# Consommer ou conserver ?

Les fêtes de fin d'année sont habituellement l'occasion de dépenser davantage, sous l'influence des publicités et des guirlandes fluorescentes, et plus encore sous la pression des normes sociales qui nous poussent à sortir de l'ordinaire, à offrir des cadeaux et à fêter collectivement ces moments particuliers, temps de passage : avènement d'une naissance divine, solstice d'hiver, basculement dans une année nouvelle.

L'ampleur quasi universelle du phénomène n'est pas sans rappeler le « potlatch » des Indiens d'Amérique qui brûlaient dans de grandes fêtes leurs richesses, pour montrer notamment leur capacité de les reconstituer, et, partant, leur pouvoir. Dans nos pays dominés par l'exigence économique, il nous faut dépenser, acheter et consommer, signes de la réussite de la société et du bonheur d'y vivre. Et cela est bon pour l'économie qui se porte mieux quand les échanges s'accroissent et s'accélèrent. Il nous faut donc consommer, et les incitations multiples nous le rappellent avec des offres renouvelées, des étals bondés, des lumières scintillantes. C'est le temps des achats impulsifs, des dépenses obligées, des objets éphémères et futiles.
Mais ne faut-il pas se rappeler que consommer, c'est détruire ? Toute cette agitation accentue le règne du jetable, de l'immédiat, de l'évanescent. Elle s'oppose à l'autre impératif, celui de l'écologie qui est de préserver, faire durer, conserver. Elle va à l'encontre d'une logique rationnelle et réfléchie, celle qui demande de compter, d'économiser, d'utiliser les biens de la nature avec parcimonie.

Consommer ou conserver, compter ou dépenser sans compter, tel serait le dilemme : la culture de la consommation contre la nature, l'économie contre l'écologie, les besoins inutiles et infinis contre le juste nécessaire.
D'aucuns avancent que c'est une opposition factice. Ils proposent une autre économie et incitent à consommer autrement : le naturel contre le chimique, le bois contre le béton, les énergies renouvelables contre les énergies fossiles et, parfois, le luxe des matériaux anciens et de l'artisanat contre les séries à bas coût de la grande distribution. Le naturel et l'ancien reviennent au galop sous la forme d'une nouvelle mode culturelle, mais en gardant le schéma de l'économie, tout en limitant le gaspillage de la consommation.

Pourtant, on peut se demander pourquoi ces alternatives n'émergent pas davantage. Ne faut-il pas se reporter au mouvement profond qui associe pouvoir d'achat et développement du confort et de la réussite sociale, à l'opposé des temps de pénurie, de manque, de restriction ? On le voit chez les populations en émergence économique : elles suivent le même chemin que nous, produisent, polluent et visent à acheter davantage. Le spectre du manque inassouvi porte à « consommer plus », toujours plus, dans une spirale continue du jamais assez, et s'appuie même sur une théorie des besoins qui semble d'autant plus irréfutable qu'elle se présente comme naturelle et ressemble en cela à la pensée commune sous une apparence scientifique.

Face à des stéréotypes aussi ancrés dans nos modes culturelles si éloignées de l'état de nature, promouvoir le « consommer moins » relève d'une entreprise impossible et perdue d'avance, car elle rappelle trop les temps de pénurie toujours présents à nos portes et susceptibles même de réapparaître au prochain licenciement ou lors d'une nouvelle guerre. L'idée de l'expansion continue l'emporte et compromet les tentatives de limitation raisonnée de la consommation.
Tant que l'écologie s'appuiera sur les injonctions culpabilisantes et le mythe du « bon sauvage », elle ne pourra entraîner d'adhésion massive. Si l'on souhaite sa réussite dans une société renouvelée, il faudrait sans doute se référer davantage aux ressorts des conduites humaines et proposer des alternatives attractives comme le « consommer mieux ». Si cette orientation ne supprime pas l'attente de consommation, elle pourrait assurer le confort avec un minimum de pollution, montrer que l'économie ne suffit pas au bonheur et, plus largement, développer les règles du bien vivre en société.

C'est donc un nouveau modèle culturel plus attirant, fondé sur la quête de la qualité de vie, vers lequel il serait nécessaire de se tourner. À une époque où notre planète semble petite et fermée sur elle-même, il reste ainsi à apprendre à mieux vivre ensemble dans des sociétés ouvertes, rêve de nouvel an à concrétiser…

# Gratification des stages : Suspension de l'obligation pour l'année universitaire 2013-2014

**Dans un communiqué de presse du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du 25 octobre 2013, Geneviève Fioraso a annoncé un moratoire concernant l'obligation de gratification des stages pour l'année universitaire en cours*. Un recul pour une avancée profitable à la profession ? Car, s'il est fondamental de garantir au public que les psychologues ont bien une formation appuyée sur la confrontation à la pratique, puisque la loi existe, autant que les étudiants en psychologie bénéficient des mesures prévues à l'origine pour les stages en entreprise. Même si personne ne se leurre, la valeur ajoutée du stagiaire en psycho reste très relative…**

« ***Gratification des stages des étudiants dans les collectivités territoriales, les établissements publics de santé et du secteur médico-social***

*Par amendement parlementaire, la loi relative à l'Enseignement supérieur et la Recherche du 22 juillet dernier a modifié le Code de l'éducation en prévoyant le versement d'une gratification aux étudiants stagiaires, quel que soit leur organisme d'accueil, lorsque la durée du stage est supérieure à deux mois. Cette modification ne concerne pas les stagiaires étudiants médicaux ou paramédicaux comme le précisent les dispositions de la loi Hôpital Population Santé Territoire. L'extension de la gratification concerne particulièrement les stages effectués par les étudiants travailleurs-sociaux. Cependant, pour la majorité des étudiants qui effectuent des stages dans des associations ou des entreprises, la situation demeure inchangée, car ils bénéficient déjà d'une gratification (art. D 612-55 du Code de l'éducation datant de 2008). Cette extension de la gratification concerne donc les collectivités territoriales, les établissements publics de santé et du secteur médico-social. Conformément à la position exprimée par le Gouvernement lors des débats parlementaires, la situation budgétaire de ces organismes doit être prise en compte. C'est la raison de la concertation que nous allons engager avec les organismes d'accueil concernés par cette nouvelle mesure. Par conséquent, les conventions de stages prévues pour l'année scolaire 2013-2014 peuvent être conclues sans obligation nouvelle de gratification. Une instruction en ce sens a été adressée ce jour aux préfets.* »

* Voir « Sans stage, comment va-t-on former les psychologues ? Mobilisons-nous », *in Le Journal des psychologues*, 311 : 7.

# Oncologie : Étude nationale sur le travail en équipe

Le Pôle psychologues et Santé PACA (PPSP – Réseau de santé polyvalent ILHUP) organise, avec le soutien de l'INCA et de l'université Aix-Marseille I, une étude nationale sur le travail en équipe au sein de services hospitaliers pratiquant l'oncologie et de réseaux ville-hôpitaux. Plus précisément, il s'agit d'interroger les déterminants de la collaboration entre psychologues et médecins / soignants.

Le PPSP recherche des équipes composées *a minima* de psychologue(s), de médecin(s), infirmiers(ères) diplômé(e)s d'État et d'aides soignant(s), et intéressées par cette étude réalisée par questionnaire auto-administré.

Chaque professionnel recevra un questionnaire papier de vingt minutes environ, qu'il sera ensuite invité à retourner par voie postale à l'aide de l'enveloppe timbrée jointe. L'anonymat et la confidentialité des données seront garantis.

Si vous êtes intéressés par cette étude, merci de contacter Mlle Noémie Jeannin par téléphone au : 06 83 47 15 13 ou par courriel : noemiejeannin@hotmail.fr

# AGENDA

## DÉCEMBRE

### Angoulême
**Le 5 décembre 2013**

**L'artiste et le psychanalyste**

Journée d'étude de l'École européenne supérieure de l'image (Eesi).

Dans l'hommage fait à Marguerite Duras, Jacques Lacan écrit en 1965 : « [...] *le seul avantage qu'un psychanalyste ait le droit de prendre de sa position [...], c'est de se rappeler avec Freud qu'en la matière, l'artiste toujours le précède et qu'il n'a donc pas à faire le psychologue là où l'artiste lui fraie la voie.* »

*Intervenants : H. Castanet, Y. Depelsenaire, C. Leguil, G. Wajcman, S. Grassi-Fossier, M. Grygielewicz, J. Schipper, S. Wright.*

*Lieu : Cité internationale de la bande dessinée et de l'image cinéma de la Cité*

**Renseignements : Fanny Belvisi**
**Courriel : f.belvisi@eesi.eu**
**Site : www.eesi.eu**

### Toulouse
**Les 5 et 6 décembre 2013**

**Le bébé et sa famille dans la ville**

Ves Journées *Spirale* organisées par l'association Spirale et les éditions Érès.

« *Être homme veut dire : être sur Terre comme mortel, c'est-à-dire habiter...* »

M. Heidegger, dans « Bâtir, habiter, penser », en 1954, rappelait qu'entre l'Homme et l'habitat il y a toute une histoire, plus encore que l'on devrait écrire une « anthropologie de l'intime » en ses résidences multiples. Qu'en est-il, dès lors, du bébé et de sa famille, en ville ? La ville ne saurait se penser ou se décrire dans les termes du couple sujet / objet : l'enfant serait le sujet, et la ville l'objet. Comme l'être au monde de Heidegger, y aurait-il un être en ville ? La ville ne serait-elle pas une expérimentation pour l'enfant, un lieu d'expérience qu'il découvre, explore, imagine, symbolise : il y joue et en joue ? Quels engagements politiques, citoyens, façonnent les villes d'aujourd'hui, les lieux où sont accueillis, soignés, éduqués les petits enfants ?

*Lieu : Théâtre national de Toulouse*

**Renseignements :**
**Tél. : 05 61 75 40 81**
**Courriel : contact@spirale-bebe.fr**
**Site : www.spirale-bebe.fr**

### Limoges
**Le 6 décembre 2013**

**L'argent dans le couple et la famille aujourd'hui.**
**Entre précarité, autonomie et dépendance**

Colloque organisé par le Centre d'études cliniques des communications familiales (Ceccof).

Objet multiple, paradoxal et symboliquement chargé, l'argent est l'enjeu de toutes les convoitises et de toutes les exécrations. Il participe de l'identité de la personne, de son appartenance sociale et de la discrimination entre les individus. Il est un lien social facilitant échange et commerce, mais aussi un facteur de déliaison entre les individus et les couches sociales. En cela, il peut constituer un instrument de pouvoir et d'aliénation.

Haine ou fascination de l'argent, peur ou éloge du pauvre, tous les systèmes idéologiques proposent une lecture de la crise économique ainsi que des solutions à cette mise en tension sociale. Les travailleurs sociaux et les thérapeutes eux-mêmes, animés par leurs propres représentations symboliques, doivent composer avec toute la complexité des enjeux intrafamiliaux et sociaux.

*Lieu : Centre culturel municipal Jean-Moulin*

**Renseignements :**
**Tél. : 01 48 05 84 33**
**Courriel : colloques@ceccof.com**
**Site : www.ceccof.com**

### Paris
**Le 6 décembre 2013**

**États, cas, fonctionnements limites, adolescents *borderline* singuliers-pluriel**

Journée organisée par M. Corcos, A. Pham-Scottez et M. Speranza du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut mutualiste Montsouris.

Présentation des résultats du réseau de recherche Eurnet-Bpb *borderline* adolescent.

*Intervenants : M. Corcos, M. Douniol, Y. Loisel, A. Cohen de Lara, C. Chabert, M. Speranza, Y. Sarfati, V. Delvenne, J.-L. Venisse, R. Miljkovitch, F. Atger, N. Georgieff.*

*Lieu : Institut mutualiste Montsouris, département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, salle de conférence*

**Renseignements :**
**Tél. : 01 56 61 69 80**
**Courriel : corinne.dugre-lebigre@imm.fr**

### Rouen
**Le 6 décembre 2013**

**L'intervention sociale : mutations et perspectives**

Journée organisée par le Pôle ressource « Recherche-Formation » de l'intervention sociale en Haute-Normandie.

Le Pôle ressource Recherche de l'intervention sociale en Haute-Normandie (P2RIS) répond aux préoccupations de l'État et de la région de promouvoir une initiative partenariale régionale favorisant l'articulation des activités de recherche, de formation et d'animation des milieux professionnels dans le champ social. En vue d'améliorer l'offre régionale de recherche et de formation en travail social, il s'agit, d'une part, de mobiliser l'ensemble des acteurs régionaux de l'intervention sociale dans une dynamique partenariale incluant chercheurs, formateurs-enseignants, étudiants et praticiens, et, d'autre part, de constituer un espace partenarial à partir duquel l'ensemble de ces acteurs peuvent développer leurs capacités de réflexion et d'action dans l'objectif d'améliorer la qualification des travailleurs sociaux.

*Lieu : Hémicycle du département de Seine-Maritime*

**Renseignements :**
**Courriel : contact@p2ris.fr**
**Site : www.p2ris-haute-normandie.fr**

### Issy-les-Moulineaux
**Le 6 décembre 2013**

**Autant de bébés, au temps du bébé**
**Rythmes et développement du nourrisson**

Journée organisée par l'Eps Erasme 92.

Le rythme, comme répétition et structure d'organisation de la temporalité, organise la séparation et l'altérité chez le tout-petit. Celui-ci s'inscrit dans la temporalité à

partir des expériences relationnelles de continuité et de discontinuité ordinaires. La capacité créatrice de la mère et celle du bébé permettent de restaurer ces discontinuités et offrent ainsi les conditions essentielles pour grandir et se développer en sécurité. Mais, si la césure ou l'écart deviennent chaos, s'ensuivent une désorganisation psychique avec ses effets les plus délétères.
Comment la vie institutionnelle d'équipes soignantes consacrées à la périnatalité peut-elle affronter les effets des nouvelles temporalités liés à la modernité et concilier, dans leur accueil, un nouvel ordre social et économique ? Comment l'intérêt accordé au rythme se décline-t-il dans les soins de maternage et de puériculture, ainsi que dans le travail thérapeutique avec le bébé et sa famille ?

*Lieu : Auditorium*

**Renseignements :**
**M[me] Levasseur**
**Tél. : 06 14 68 44 72**
**Courriel : levasseur.michelle@orange.fr**

## Tours
### Le 6 décembre 2013

**Sacs à dos, sac à maux ... ou l'aventure de l'écriture**

Journée d'étude autour des ateliers d'écriture organisée par l'association Hébé.

Les ateliers d'écriture thérapeutiques sont l'occasion, pour les adolescents en souffrance, d'échanger, de (se) confronter, de partager, de (se) raconter, de témoigner, de (faire) comprendre. Par l'expérience d'une écriture singulière et non scolaire, faisant appel à la mémoire, à l'imaginaire et au réel, l'adolescent peut retrouver le plaisir de s'exprimer, d'élaborer et de partager. L'écriture, travail subjectif et solitaire, est ici associée à un échange collectif, confrontant ainsi l'intime au monde externe, soutenant la construction d'une position de sujet unique face au regard de l'autre.

*Lieu : Amphithéâtre George-Sand-de-Clocheville*

**Renseignements :**
**Tél. : 06 61 36 20 76**
**Courriel : associationhebe@hotmail.fr**
**Site : www.asso-hebe.fr**

## Paris
### Les 6 et 7 décembre 2013

**L'autre, le semblable, le différent...**

XIII[e] Colloque Gypsy organisé par René Frydman et Muriel Flies-Trèves.

Prolongement de soi, l'individu issu de l'ADN de ses parents n'en est pas moins un nouvel humain, ne se résumant pas à la somme des deux patrimoines génétiques. S'il en est de même pour les enfants nés grâce aux techniques biomédicales, ces dernières bousculent et réaménagent les schémas de pensée sur la maternité, la paternité, mais aussi l'altérité.

*Lieu : Faculté de médecine, amphi Binet*

**Renseignements :**
**Tél. : 01 43 34 76 71**
**Courriel : jscongres@wanadoo.fr**
**Site : www.gypsy-colloque.com**

## Montpellier
### Les 12 et 13 décembre 2013

**Avenir de la formation pour le travail social**

Colloque organisé par l'Irts-lr et le Prefis avec le soutien de la Région Languedoc-Roussillon et d'Unaforis.

*Intervenants : C. Aussilloux, B. Azéma, E. Bartheye, P. Boiral, D. Bossière, D. Cacheux, R. Étienne, P. Gauthier, Y. Gilbert, C. Goyau, M. Jaeger, B. Muller, J.-P. Orient, J. Pineau, G. Weber.*

*Lieu : Irts*

**Renseignements :**
**Tél. : 04 67 68 65 77**
**Courriel : corinne.torres@irts-lr.fr**

## Besançon
### Les 12 et 13 décembre 2013

**Les professionnels de santé face à l'erreur. Quels enjeux en réanimation ?**

Colloque organisé par la Maison des sciences de l'homme et de l'environnement Claude-Nicolas-Ledoux et les laboratoires de psychologie de l'université de Franche-Comté et de Bourgogne, sous l'égide de la Société de réanimation de langue française.

L'erreur est humaine, pourtant quand elle concerne la santé, l'adage ne semble plus acceptable. En réanimation, où la prise en charge concerne des patients présentant des pathologies graves et suppose une mobilisation humaine et technique sans égale, la question de l'erreur est prégnante.
Pour élaborer une culture de sécurité des soins, la médecine, aujourd'hui, tend à calquer le modèle de l'industrie et de l'aéronautique. Pourtant, l'erreur en santé se produit dans un contexte spécifique où les questions de la mort, de la maladie et de la souffrance, sont prégnantes ; où s'entrecroisent pour les professionnels désir d'infaillibilité et incertitude. Ainsi, explorer l'erreur en santé, c'est également nous questionner sur la souffrance au travail des professionnels en lien avec la spécificité de leur milieu professionnel.

*Lieu : Chambre de commerce et d'industrie territoriale du Doubs*

**Renseignements :**
**MSHE**
**Aline Baverel**
**Tél. : 03 81 66 51 51**
**Courriel : communication@mshe.univ-fcomte.fr**
**Site : http://mshe.univ-fcomte.fr**



## Paris
### Du 11 au 13 décembre 2013

**Des formations aux pratiques professionnelles : avancées majeures et nouveaux défis pour la psycho-oncologie**

30[e] Congrès de la Société française de psycho-oncologie.

Depuis plus de trente ans, la Société française de psycho-oncologie se mobilise pour développer le soin psychique au cœur des prises en charge en cancérologie. Du dépistage des cancers à la recherche clinique, de la consultation d'annonce aux soins à domicile, les patients et les proches doivent être reconnus et pris en compte dans leur subjectivité et leurs particularités psychopathologiques. Cela implique l'intégration et l'accessibilité, dans la chaîne des soins en cancérologie, de professionnels de soin psychique formés, à même de rendre compte de cette individualité et de favoriser une réelle prise en charge globale, dans le respect de la personne.

*Lieu : Cité internationale universitaire, Maison internationale*

**Renseignements :**
**Sfpo**
**Tél. : 05 57 97 19 19**
**Site : www.sfpo.fr**

# AGENDA

## Boulogne-Billancourt
### Le 14 décembre 2013

**Violences dans la famille**

Colloque organisé par le laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie (LPCP) de Paris-V et l'unité transversale de recherches : Psychogénèse et psychopathologie (UTRPP) de Paris-XIII.

Le champ social est régulièrement traversé par les interrogations que suscitent les violences intrafamiliales ; celles-ci sont aujourd'hui mieux repérées qu'auparavant, la société actuelle refusant le silence qui pouvait autrefois peser sur ces situations. Les violences exercées dans la famille sont paradigmatiques de toutes formes de violence. Pour les cliniciens, ces situations extrêmes révèlent dans la douleur le fond limite de toute humanité, en lien avec la place de chacun dans l'espace familial, ce groupe primaire.

*Lieu : Institut de psychologie*

**Renseignements :**
**Tél. : 01 55 20 57 23 (lundi matin)**
**Courriel : colloquelibrasso@gmail.com**

## Paris
### Les 16 et 17 décembre 2013

**Résilience et relations humaines. Couple, famille, institution, entreprise, cultures**

Colloque Résilience et sociétés organisé par la Ligue française pour la santé mentale et le centre Françoise-Minkowska.

*Thèmes abordés :* La face cachée de la résilience ; Couple, famille et résilience ; Institution, entreprise et résilience ; Société, culture et résilience.

*Intervenants : M. Anaut, J. Aubut, R. Bennegadi, M.-J. Bourdin, P. Brenot, J. Dahan, M. Debout, M. Delage, R. Coutanceau, J. Croas, B. Cyrulnik, S. Larchanché, D. Moussaoui, M. Onfray, C. Paris, L. Reyes, N. Sartorius, E. Verdier.*

*Lieu : Espace Reuilly*

**Renseignements :**
**Tél. : 01 42 66 20 70**
**Courriel : lfsm@orange.fr**

## Paris
### Le 14 décembre 2013

**La honte, écouter l'impossible à dire**

Journée scientifique organisée par François Neau (PCPP, Paris-Descartes) et Fanny Dargent (CEPP, Paris-Diderot) avec l'université Titu Maiorescu, Bucarest.

Les premières années de l'enfance sont empreintes du plaisir pris à la nudité et à son corollaire, l'ignorance de toute pudeur ; la honte arrivera plus tard. Les digues de la pudeur situent la honte du côté de la force refoulante, d'abord imposée du dehors (« *tu devrais avoir honte* »). La psychanalyse distingue classiquement la culpabilité et la honte. Quand la première met l'accent sur la faute, le crime, la seconde évoque l'injure faite au moi, l'humiliation (perdre la face). D'un côté, le conflit entre désir et interdit, de l'autre, la tension, l'écart excessif, entre le moi et l'idéal, parfois celui du groupe. À l'ère du grand déballage, la honte a-t-elle encore quelque chose à cacher ?

*Lieu : Université Paris-Diderot-Paris-7, amphi Buffon*

**Renseignements :**
**Site : www.univ-paris-diderot.fr**

## Paris
### Le 16 décembre 2013

**Trouble déficit de l'attention / hyperactivité et troubles du spectre autistique**

Journée scientifique organisée par l'association pour la promotion des pratiques fondées sur des preuves en psychopathologie du développement, en partenariat avec l'hôpital universitaire Robert-Debré, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie.

*Intervenants : Pr M. Sperenza, Dr F. Pinabel, Pr R. Klein, Pr L. Mottron, Dr S. Cortese, Dr F. Bange, Dr M.-C. Saiag, Dr V. Gaillac, Dr L. Hjalmarsson, S. Leduc, Pr F. Bonnet-Brilhaut, Pr D. Purper-Ouakil, Dr F. Bange.*

*Lieu : Maison de la chimie*

**Renseignements :**
**Site : robertdebre.aphp.fr**

## JANVIER 2014

## Paris
### Le 16 janvier 2014

**La révélation des violences sur mineurs : de l'intimité au partage**

Colloque interdisciplinaire organisé par l'association Centre de victimologie pour mineurs.

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, traduit le souci de la société pour la lutte contre les violences faites aux enfants et pour la prévention de la maltraitance. Ses dispositions favorisent le dévoilement et la communication entre les professionnels. Cependant, les métiers et les institutions partagent encore mal une vraie complémentarité des interventions. La famille, l'école, le service social, la police, la justice, la médecine et la psychologie ne sont pas encore suffisamment associés dans le travail de prévention et de traitement de la maltraitance.

*Lieu : Espace Reuilly*

**Renseignements :**
**Courriel : association.cvm@gmail.com**

## Paris
### Les 18 et 19 janvier 2014

**Éclats et tremblements. L'énigme du sexuel dans les familles et les institutions**

XIVe Colloque de la STFPIF.

Pourquoi et comment la question du sexuel se révèle-t-elle incontournable dans les familles et les institutions ? La sexualité est au fondement de la construction du sujet, mais aussi de la conjugalité et de la parentalité. Elle est engagée dans les institutions bien que de manière particulière. L'hypersexualisation est une attaque préoccupante des liens, conduisant à la déliaison du processus de pensée et à une surcharge d'excitation. La différence entre sexualité infantile et sexualité adulte est donc nécessaire pour construire des liens tendres au sein de la famille. Le socius est interpellé par la prolifération du recours à l'image hyperérotisée des corps, compris celui de l'enfant, pouvant faire effraction par la publicité, la pornographie ou les réseaux sociaux. Ces phénomènes

sont à l'œuvre dans les groupes et les institutions, écoles, foyers, hôpitaux. Les reconnaître est indispensable si l'on veut prévenir les situations auxquelles nous sommes confrontés.

*Lieu : Les salons de l'Aveyron*

**Renseignements :**
**Tél. : 01 74 71 71 66**
**Courriel : stfp.if@laposte.net**
**Site : www.psychanalyse-famille-idf.net**

## Aix-en-Provence
### Le 24 janvier 2014

**Le phénomène de harcèlement scolaire, regards croisés**

Colloque organisé par l'École des parents et des éducateurs d'Aix et l'académie d'Aix-Marseille.

Le harcèlement en milieu scolaire, bien qu'identifié dans les années 1970, reste une préoccupation assez récente en France. Il touche en moyenne 15 % à 20 % des élèves du primaire et du secondaire. Les Assises nationales sur le harcèlement à l'école qui se sont tenues en 2011 ont permis de mettre en place un plan d'action global pour que chacun puisse prévenir et identifier le phénomène de harcèlement ; il s'agit également de proposer des programmes de prévention accessibles aux professionnels, ainsi que de soutenir la prise en charge des victimes.

*Lieu : Maison méditerranéenne des sciences de l'homme*

**Renseignements :**
**Tél. : 04 42 59 64 53**
**Courriel : colloque.harcelement@gmail.com**
**Site : www.epeaix.org**

## Brest
### Les 30 et 31 janvier 2014

**Journées sapeurs-pompiers et psychologie**

Organisée par l'Association européenne de psychologie sapeur-pompier (AEPSP).

*Intervenants : F. Daubechies, D. Deluz, E. de Soir, J. Van Liempd, J.-C. Mandart, A. Zanger, R. Beauchez...*

*Lieu : Centre de secours Kerallan*

**Renseignements :**
**Courriel : contact@aepsp.eu**
**Site : www.aepsp.eu**

## Saint-Denis
### Du 30 janvier au 1er février 2014

**Quels traitements pour l'effraction traumatique ?**
**Le traumatisme dans tous ses éclats**

Journées de l'URFT de Saint-Denis.

Les cures psychothérapeutiques relèvent-elles de modalités thérapeutiques et transférentielles spécifiques ? Leur modélisation théorique à se référer à la vérité singulière de chaque sujet est-elle souhaitable ? Et qu'en est-il des « *brief therapy* », type déchoquage, plus à la mode actuellement qu'un travail psychanalytique qui prend en compte la temporalité du sujet ? De même, existe-t-il des pratiques de soins de groupe comme des ateliers artistiques et peuvent-elles venir parer au trou du traumatisme ?

*Lieu : Bourse du travail de Saint-Denis*

**Renseignements :**
**Tél. : 01 48 20 95 88**
**Courriel : urft.post-traumatique@ch-stdenis.fr**

# FÉVRIER

## Paris
### Le 1er février 2014

**Le poids du corps à l'adolescence**

Colloque organisé par le Collège international de l'adolescence.

Le poids du corps est, aujourd'hui, un véritable problème de santé publique. Si le corps est l'objet des plus grandes préoccupations auxquelles les transformations de la puberté confrontent l'adolescent, les difficultés psychologiques qui sont associées à la régulation de son poids témoignent de son désarroi que peuvent susciter l'intégration du corps sexué et le deuil de l'enfance. Mais, alors que la tyrannie culturelle de l'esthétique et de la minceur est dénoncée, le nombre impressionnant d'adolescents trop enrobés ou manifestement obèses ne semble pas mobiliser les programmes de prévention ou les institutions thérapeutiques.
Quels facteurs concourent à l'obésité ? Comment prévenir le piège dans lequel peuvent enfermer l'environnement, l'histoire infantile et la culture familiale ? Comment définir, pour ces sujets en devenir, un abord psychothérapeutique dans une approche pluridisciplinaire ?

*Lieu : Espace Reuilly*

**Renseignements :**
**Tél. : 01 46 33 70 47**
**Courriel : colloquecila2014@yahoo.fr**
**Site : www.cila-adolescence.com**

## Paris
### Le 1er février 2014

**Les paradoxes de la dépendance et leurs devenirs dans les groupes**

Colloque organisé par l'Institut français d'analyse de groupe et de psychodrame.

La question de la dépendance se pose de multiples façons, avec des incidences sociales, institutionnelles, économiques et thérapeutiques. Alors que l'état amoureux met en évidence un lien de dépendance qui lui est coexistant, toute forme d'addiction, quel que soit son objet, est la marque d'un état pathologique dont la nocivité justifie un abord thérapeutique. Cependant, à l'origine de sa vie, l'enfant dépend des soins de son entourage et, plus spécifiquement, de sa mère. De ce processus normal pour tout être humain, on ne peut en déduire tous les états de dépendance qui peuvent exister ultérieurement. Qu'est-ce qui intervient alors pour considérer les liens de dépendance relatifs à d'autres situations, dans une dimension pathologique ?
Nous sommes souvent confrontés à la nécessaire prise en compte de ces liens de dépendance, lorsqu'il s'agit de mettre un terme à un traitement thérapeutique. Cette séparation difficile est cependant au cœur des processus de transformation et devrait être présente à l'esprit des thérapeutes. La situation de groupe peut constituer un soutien et un cadre adéquats à cette opération de désengagement de la relation thérapeutique. La permanence de la relation ne peut qu'à certaines conditions permettre un traitement.

*Lieu : Institut français d'analyse de groupe et de psychodrame*

**Renseignements :**
**Tél. : 01 45 88 23 22**
**Courriel : ifagp@club-internet.fr**
**Site : www.ifagp.fr**



# AGENDA

## Poitiers
### Le 19 février 2014

**Jeunesse de rue. Pratiques, représentations et réactions sociales**

Colloque organisé par l'Association des chercheurs des organismes de la formation et de l'intervention sociales et l'Institut régional du travail social de Poitou-Charentes, en partenariat avec le réseau thématique « Normes, déviances et réactions sociales » (RT3) de l'Association française de sociologie.

Dans un contexte politico-médiatique craintif à l'encontre des « jeunesses de rue », mais aussi de suspicion d'inefficacité des institutions et des acteurs sociaux vis-à-vis des pratiques juvéniles exprimées dans l'espace public, ce colloque a pour objectif de confronter ces représentations à la réalité des pratiques culturelles, sociales et politiques des jeunes, des acteurs et des institutions chargés de développer leurs pratiques, de les accompagner, de les encadrer, voire de les réprimer au sein de différents espaces de socialisation.

Plus précisément, à partir de travaux de recherche en sciences sociales, d'une part, sur les socialisations et sociabilités juvéniles dans la rue associées à des pratiques spécifiques et, d'autre part, sur les interventions mises en œuvre par les acteurs de la « socialisation du risque » avec les jeunes présents dans la rue, il s'agit d'interroger et de mieux comprendre la coproduction des logiques d'action à l'œuvre du côté des jeunesses de rue et des acteurs de la complexification du contrôle social.

**Renseignements :**
**Courriel : acofis@gmail.com**

## Angers
### Du 19 au 22 février 2014

**Grandir et vieillir. Comment repenser les âges de la vie ?**

Colloque organisé par l'Institut de psychologie et de sociologie appliquées de l'université catholique de l'Ouest.

À l'heure où la médecine régénérative promet de vivre jusqu'à cent trente ans en 2050, l'allongement des espérances de vie a déjà profondément transformé le panorama des existences. L'escamotage des seuils d'âge d'état civil antérieurs, qui établissaient qu'il était soit trop tôt, soit trop tard pour passer d'un âge de la vie à l'autre, déplace et métamorphose l'ensemble de ces passages. Certains sont devenus précoces (sexualité, conjugalité, retraite), d'autres plus tardifs (travail, indépendance matérielle, primiparité). De nouveaux âges de la vie apparaissent, tels « l'adulte émergeant » ou les « seniors ».

Ainsi, la dérégulation des normes d'âge qui provoque la reformulation en cours des âges de la vie rend obsolète une partie de la psychologie développementale du siècle dernier. Elle interroge alors l'identité au fil de l'âge, mais aussi la tension entre le désir de grandir tout au long de sa vie et la crainte de vieillir, caractéristique des cultures contemporaines.

*Lieu : Université catholique de l'Ouest*

**Renseignements :**
**Courriel : grandirvieillir@sciencesconf.org**
**Site : http://grandirvieillir.sciencesconf.org**

## Paris
### Les 24 et 25 février 2014

**Nouvelles pratiques en médecine légale : la personne, l'éthique et le corps**

XXes Journées internationales méditerranéennes de médecine légale.

*Parmi les thèmes abordés :* Thanatologie, médecine légale clinique, mort subite, anthropologie médico-légale, respect du corps et de la personne en médecine légale, odontologie, toxicologie, techniques et examens complémentaires en médecine légale, médecine pénitentiaire, psychiatrie légale, expertise, réparation du dommage corporel, droit de la santé, analyse des pratiques et application des normes (notamment légales et culturelles) de chaque pays, enseignement et recherche et, enfin, histoires et cultures méditerranéennes en médecine légale.

*Lieu : Faculté de médecine de l'université Paris-Descartes*

**Renseignements :**
**Tél. : 01 42 86 41 32**
**Courriel : valerie.courteau@parisdescartes.fr**

## MARS

## Perpignan
### Les 15 et 16 mars 2014

**L'observation psychanalytique dans les pratiques groupales**

Journées scientifiques annuelles organisées par la Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe.

Les mutations en cours dans notre environnement socioculturel et dans la configuration des liens – imputés à la postmodernité ou à l'hypermodernité – donnent lieu à des expressions nouvelles de la psychopathologie et de la souffrance psychique.

À l'heure de ces mutations cliniques, de l'extension des pratiques, des renouvellements techniques, d'une troisième topique dite « topique de l'intersubjectivité », voire d'une « *métapsychologie de troisième type* » (Kaës), le champ de l'observation psychanalytique à toute la phénoménologie de l'inconscient dans l'espace psychique du groupe comme nouvel espace de connaissance de celui-ci s'est considérablement élargi, enrichi, approfondi.

Le travail d'observation analytique dans ces espaces groupaux particuliers, son champ spécifique et ses limites, ses conditions et modalités, ses difficultés (obstacles et entraves), son usage, jusque dans son compte rendu et ses effets dans « l'après-coup », pose, bien entendu, la question de la formation des analystes de groupe à l'observation et par l'observation.

**Renseignements :**
**Tél. : 01 48 34 23 06**
**Courriel : sfppg@wanadoo.fr**
**Site : www.sfppg.fr**

## Larmor-Plage
### Les 29 et 30 mars 2014

**L'observation du nourrisson. La mise en discussion de notre travail au quotidien**

XXIIIes Journées de travail Tavistock.

L'observation « psychanalytique » accorde une place centrale aux émotions : les émotions exprimées par le bébé et-ou l'enfant, ainsi que les émotions ressenties par celui qui observe. L'expérience émotionnelle et fantasmatique de l'observateur est au cœur du travail.

L'observateur apprend à être attentif à tout l'éventail de comportements du nourrisson, ainsi qu'aux transitions entre ses différents états – qu'il soit éveillé, apaisé, en pleurs, qu'il se laisse glisser dans le sommeil, qu'il lutte contre...
Son attention, ses sens, sa réceptivité psychique sont mobilisés au maximum.
*Lieu : Salle de conférence Hôtel Les Rives du Ter*

**Renseignements :**
**Tél. : 02 97 65 49 40**
**Courriel : aedpea@cegetel.net**

## Paris
### Le 31 mars 2014

**Réussite éducative, santé et bien-être... agir ensemble**
Journée scientifique de l'AFPSSU.
*Lieu : Espace Reuilly*

**Renseignements :**
**Site : www.afpssu.com**

# MAI

## Bruxelles
### Du 8 au 10 mai 2014

**Corps à corps.**
**Souffrances du corps et travail psychique chez le bébé, l'enfant, l'adolescent, la famille et les soignants**
VIIe Congrès européen de l'AEPEA coorganisé avec la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale.
Le corps, source et espace potentiel de l'existence individuelle, est tout à la fois la part la plus intime, la plus exposée et la moins contrôlable de ce qui constitue l'identité personnelle.
Le corps du bébé, de l'enfant ou de l'adolescent, incarne les enjeux des processus de développement psychomoteur, de construction identitaire, d'intégration de la psychosexualité, d'appropriation sociale.
Ce corps se trouve ainsi profondément, et diversement, affecté : fondamentalement, en ce que les « affects », émotions et sentiments naissent dans sa sensibilité, en même temps qu'il est investi dans l'affection, par nature ambivalente et angoissée, des parents ; nécessairement, car c'est avec ce corps que se joue l'aventure de la vie, que se constitue l'expérience des déceptions et des succès, petits et grands, ce que l'on appelle « grandir » ; accidentellement, chaque fois que ses anomalies, ses dysfonctionnements, ses défaillances, ses blessures, ses maladies, en un mot ses « affections » et les soins dont elles sont l'objet, inscrivent leur marque dans les rapports de l'enfant à son corps, à autrui et aux institutions sociales.
*Lieu : Centre culturel de Woluwe-Saint-Pierre*

**Renseignements :**
**Tél. : 00 322 511 55 43**
**Courriel : lbfsm@skynet.be**
**Site : www.aepea2014.org**

## Timisora (Roumanie)
### Du 8 au 10 mai 2014

**De la personne à la société**
IIe Congrès mondial sur la résilience.

**Renseignements :**
**Courriel : congress.resilience@uvt.ro**

## Rennes
### Le 16 mai 2014

**Le corps et ses symbolisations**
VIe Journée clinique organisée par l'association Corps et psyché avec le soutien et la collaboration de l'Association des psychomotriciens de l'Ouest et de « Études cliniques rennaises ».
Le corps et les liens corps-psyché se révèlent comme un enjeu majeur de la théorie comme de la clinique à travers tous les âges. Ces enjeux sont aiguisés par certaines « nouvelles pathologies » et par la recrudescence de formes bruyantes et envahissantes de la psychopathologie : pathologies limites, fragilités narcissiques ou souffrances identitaires, troubles majeurs du développement (autisme, dysharmonies précoces, etc.), troubles des conduites, hyperactivités et pathologies de l'acte, somatisations ou émergences plus franchement psychotiques.
Tout à côté des sources corporelles de la vie psychique et des enjeux corporels de ces diverses pathologies s'ouvrent les questions concomitantes des éprouvés, des « passages par l'acte », des expériences du sensoriel, du mouvement et du faire, comme entraves, ou *a contrario*, comme vecteurs des processus de symbolisations et de subjectivations.
*Lieu : Espace Anne de Bretagne*

**Renseignements :**
**Tél. : 07 62 33 20 03**
**Courriel : corpsetpsyche@yahoo.fr**
**Site : http://corpsetpsy.canalblog.com**

## Lyon
### Du 22 au 24 mai 2014

**Appartenances et identité.**
**Malade de trop ou de trop peu d'appartenances**
XIIes Journées francophones de thérapie familiale systémique de Lyon.
*Lieu : École normale supérieure de Lyon*
**Renseignements :**
**Éditions Médecine et Hygiène**
**Tél. : +41 22 702 93 46**
**Courriel : lyon2014@medhyg.ch**
**Site : www.therafam.com**

# JUIN

## Nantes
### Les 12 et 13 juin 2014

**Contributions au développement de perspectives plurilingues en éducation et formation**
IIIe Colloque organisé par le projet PLURI-L.
*Thèmes abordés :* Quelle prise en compte de quelle variation ? ; Des représentations des apprenants au développement des compétences plurilingues ; Avec les apprenants : les autres acteurs ; Modèles d'intervention et dispositifs éducatifs : quelles attentes et quels effets ?
*Intervenants : A. I. Andrade, F. Armand, J. Audran, N. Auger, J. Billiez, A. Bretegnier, M. Candea, A. Carpooran, V. Castellotti, M. Cavalli, J. Cenoz, D. Coste, D. Dagenais, A. Duchêne, G. Forlot, R. Franceschini, C. Goï, B. Hufeisen, M. Kervran, P. Lambert, Y. Lenoir...*
*Lieu : Université de Nantes*
**Renseignements : www.projetpluri-l.org**

# JUILLET

## Paris
### Du 8 au 13 juillet 2014

XXVIIIe International Congress of Applied Psychology
*Lieu : Palais des congrès*
**Renseignements :**
**Courriel : exh@icap2014.com**
**Site : www.icap2014.com**

# Patient et famille en psychiatrie. L'approche systémique

## Inclure la famille dans la prise en charge du patient adulte



Ivy Daure
Docteur en psychologie
Psychologue

L'approche systémique propose un changement de paradigme : le passage d'une lecture du symptôme en termes familiaux plutôt qu'individuels. Pour autant, les questions de l'individu, de sa structure de personnalité, de sa maladie, n'y sont pas niées, encore moins négligées (Selvini, 2010).

La lecture contextuelle, et donc de l'impact des relations familiales et de l'environnement affectif sur l'état psychique des sujets, ouvre un espace de réflexion, mais aussi d'action plus vaste que le recours limité à la pharmacothérapie et à la tentative de contrôle des symptômes. De plus, la majorité des pathologies psychiatriques ne peuvent pas être guéries, induisant le système à un certain immobilisme, voire une paralysie. Ce que Guy Ausloos (2001) décrit comme le temps arrêté.

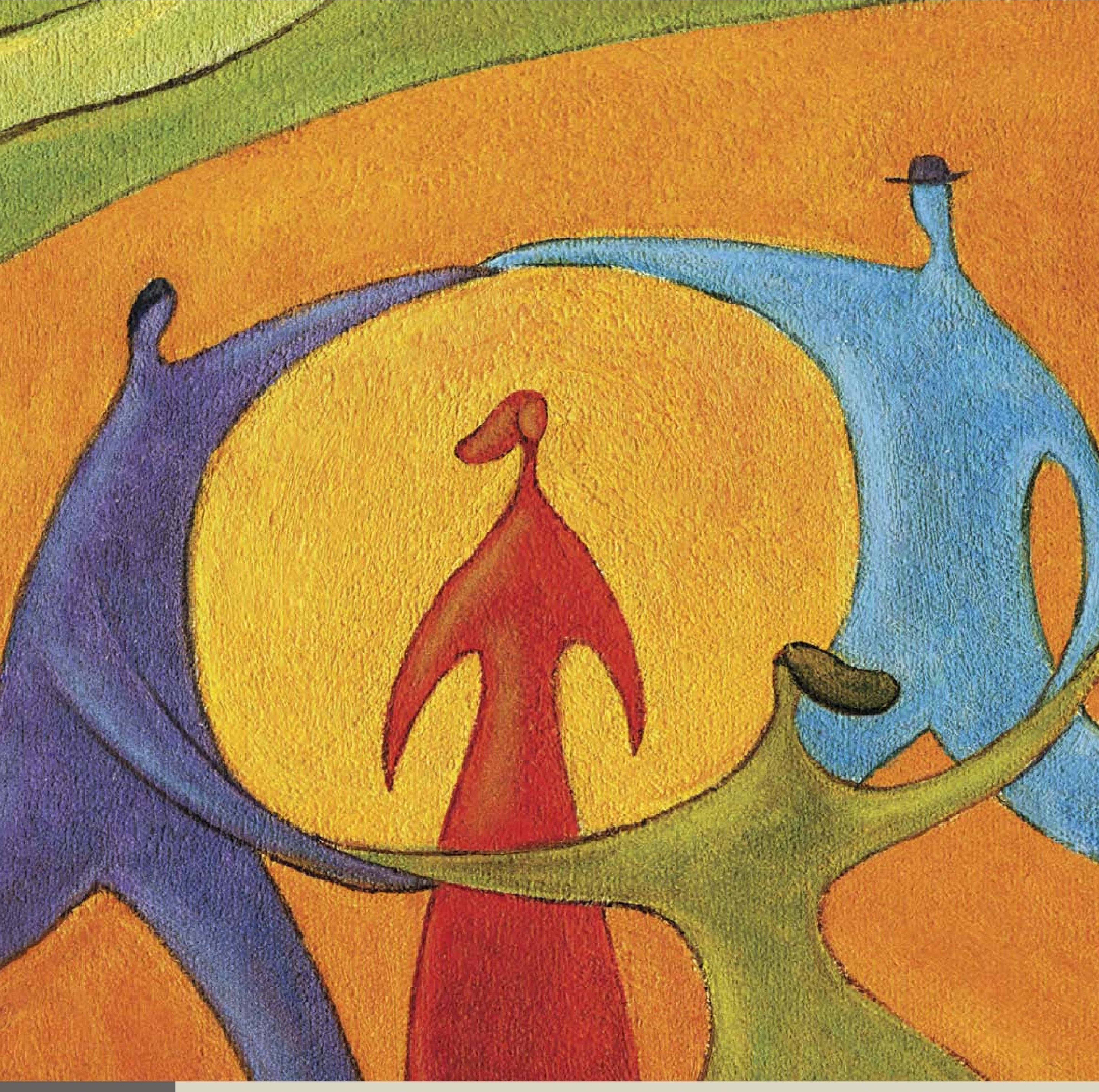
L'inclusion des familles dans le traitement des patients n'a rien de systématique ni de ritualisé, il s'agit d'une coconstruction, entre patients, familles et soignants, qui leur donne la possibilité d'actionner ce levier au moment propice du suivi.

Dans ce dossier, nous présentons plusieurs exemples du travail avec les familles dans des moments différents de la prise en charge du patient, afin de favoriser l'individuation des sujets sans que cela rime avec rupture.

Les clivages famille / patient ou famille / soignant, longtemps défendus en psychiatrie, deviennent de plus en plus intenables dans la sphère clinique. Nous observons que chacun des protagonistes du système thérapeutique – familles, patients et soignants –, sans trop savoir comment y faire pour changer cet état de fait, se trouve dans une posture où exclure ou ignorer une des composantes du système amène à se priver d'une alternative, à se fermer des portes dans l'élaboration du projet de soin.

Ce dossier a deux objectifs principaux : le premier, informer, proposer des perspectives théoriques sur lesquelles les professionnels peuvent s'appuyer pour réaliser leur travail avec plus d'aisance auprès du patient et sa famille. Et le second, soulever les points de blocage dans le travail avec les familles, les difficultés éventuelles, les attitudes nécessaires à une meilleure clarté dans le soin qui respecte les règles de confidentialité.

Le professionnel fait tiers entre le patient et sa famille, et cela aussi peut être source de changement créatif.




16 **Le couple parental face à la maladie psychique de leur enfant adulte**
Ivy Daure

21 **Diagnostic et thérapie en psychiatrie :** quels liens possibles ?
Marianne Janas

27 **Projet de soin, projet de sortie, projet de vie** Quelle place pour la famille ?
Marion Mauvillain

31 **Prise en charge des suicidants et de leur entourage**
Liliane Brun

37 **Penser un groupe multifamilial en psychiatrie adulte**
Léa Zanouy, Katia M'bailara, Isabelle Minois

42 **Un groupe de psychoéducation** pour les patients bipolaires et leur entourage
Katia M'bailara, Dr Sébastien Gard

46 **Bibliographie**

# Le couple parental face de leur enfant adulte



Ivy Daure
Docteur en psychologie
Psychologue

**Déstabilisés par la maladie mentale de leur enfant adulte, par sa souffrance, confrontés à leur impuissance de pouvoir leur venir en aide, certains parents franchissent le pas et arrivent en thérapie, un peu perdus… Un accompagnement du couple dans une dimension systémique peut venir dénouer des sentiments de culpabilité, mettre au jour les enjeux relationnels à l'œuvre dans la famille, et ainsi permettre un changement de regard et de modalité d'interaction.**

Historiquement, les relations entre la psychiatrie et les familles des malades n'ont pas toujours été très positives, pour preuve le traitement moral de Philippe Pinel[1] qui porte clairement l'idée qu'il est nécessaire d'éloigner les aliénés[2] de leur famille.
C'est seulement dans les années 1950, plus de deux siècles plus tard, avec l'approche systémique, que les familles commencent à avoir une autre place, pas toujours très valorisante, certes, mais dont le rôle clef dans la compréhension des troubles psychiques tend néanmoins à être mieux pris en compte.
Dans les années 1970, avec l'antipsychiatrie et l'ouverture des hôpitaux – mouvement qui commence en Italie avec Franco Basaglia –, les familles sont sollicitées pour « récupérer » leurs malades, mais, malheureusement, dans une logique encore trop culpabilisante et pas assez dans une perspective de collaboration avec les soignants.
En France, cette notion de coopération est vraiment récente en termes théoriques, et plus encore dans la pratique.
Dans les années 1990, en systémique, les ouvrages de Mara Selvini Palazzoli sont traduits de l'italien, mais sont encore aujourd'hui méconnus des soignants en psychiatrie qui ne partagent pas cette sensibilité théorique.
Néanmoins, depuis une dizaine d'années, on observe un intérêt des équipes soignantes pour le développement des relations avec les familles des malades et des tentatives d'association dans les prises en charge.
Les familles, de leur côté, se montrent aussi plus présentes et plus engagées dans les suivis, peut-être plus informées au sujet des thérapies familiales et-ou plus en sécurité au sujet de leur importance dans le processus de soin.
Nous parlons des familles sensibilisées à l'idée de système et d'interrelation entre chacun des membres qui composent la famille. Il s'agit de parents qui viennent demander de l'aide pour leur enfant devenu un adulte en souffrance. Mais, ce qui est le plus intéressant, c'est que les parents viennent seuls, sans le patient désigné, avec l'objectif d'être eux-mêmes aidés afin de pouvoir mieux aider leur proche.

## L'IMPUISSANCE DE CERTAINS PARENTS

La prise en charge des adultes en psychothérapie repose essentiellement sur leur propre reconnaissance du besoin d'aide et de leur engagement dans la relation d'aide.
Or, dans certaines situations, la famille constate des signes de désarroi, de souffrance avérée chez un de ses membres, sans qu'il soit possible de mettre en place un suivi psychothérapeutique ou psychiatrique en raison de ses résistances.
Face à l'insoutenable d'assister impuissants au décrochage psychologique et social de leur enfant, parce que, dans

**Notes**

1. Philippe Pinel fut le médecin responsable de la première réforme psychiatrique à la fin du XVIIIe siècle, ainsi que de la naissance de la psychiatrie en tant que spécialité.

2. Terme utilisé à l'époque pour désigner les personnes souffrant de troubles mentaux.

# à la maladie psychique

certains cas, ils ressentent une responsabilité diffuse de cette déréliction, certains parents se mobilisent – *a priori* pour eux-mêmes – dans un travail psychothérapeutique.
Ces parents se disent très seuls et impuissants dans leur désir d'aide et de soutien de leur enfant... cet adulte en souffrance qui refuse le soin.
Dans leur prise en charge thérapeutique, les descriptions des parents nous laissent supposer des troubles importants : des névroses graves ou bien des troubles envahissants du comportement, tels que des psychoses. À cela s'ajoutent, pour certains, des symptômes accompagnés d'anosognosie – non-reconnaissance des troubles – et, pour d'autres, malgré une reconnaissance, l'impossibilité de mobiliser les ressources nécessaires pour demander de l'aide psychologique.
Les parents se vivent comme cantonnés au rôle « d'aidants pécuniaires », puisque, dans les cas que nous accompagnons, leurs enfants sont dépendants financièrement, ce qui peut être à l'origine de tensions familiales.
Certaines questions surgissent. Dans quelle mesure les enfants imposent-ils aux parents de payer ? Le maintien du lien de dépendance participe-t-il au « bon fonctionnement » de la famille ? Jusqu'où le refus de soin représente-t-il une forme d'autonomie, de liberté face au désir des parents ? Comment comprendre l'impossible de cette séparation ?
J'ai choisi d'illustrer mes propos à travers deux situations cliniques.

## La famille N

Le couple N vient en thérapie, conseillé par une collègue de Madame qui est psychiatre et qui s'inquiète des descriptions faites par Madame de son fils aîné, Jean.
Il est l'aîné d'une fratrie de trois enfants. Il a 33 ans et se trouve très en difficulté depuis un an et demi : déprimé, il a été quitté par son amie, a pris beaucoup de poids en peu de temps, a perdu son emploi, ne fait aucune démarche administrative pour percevoir les allocations chômage.
Ses parents consultent son compte en banque, le renflouent et se rendent à l'évidence qu'il ne peut plus assumer financièrement son appartement. C'est alors qu'il vient vivre chez eux...

**Famille N**



La thérapie des parents a commencé quelques mois avant que Jean ne vienne vivre à leur domicile. Madame N est éducatrice, elle se dit très angoissée par les questions financières et surtout par l'état psychologique de son fils qui refuse d'aller voir un psy. Monsieur, quant à lui, est absent toute la semaine pour des raisons professionnelles, mais a régulièrement sa femme au téléphone qui se plaint des difficultés de leur fils.
Jean a un frère et une sœur. Le frère a 31 ans, est marié et a deux enfants. Il travaille dans une grande surface non →

loin du domicile des parents. La sœur a 27 ans, travaille en tant qu'infirmière et vit en couple dans une autre ville. Les parents ne la voient que très rarement.

La valeur travail est très importante pour la famille N, aussi le symptôme présenté par Jean attaque-t-il directement le mythe d'une famille de travailleurs. En effet, issus de familles modestes, Monsieur et Madame N ont vu leurs propres parents travailler beaucoup pour leur offrir la possibilité de faire des études. Grâce à leurs études et à leur désir « d'être utiles », comme le dit Madame – j'ajouterais le désir de faire plaisir à leur parents –, ils ont pu gravir l'échelle sociale et donner à leurs parents amples satisfactions.

Ce qui n'est pas le cas de leur fils Jean, qu'ils ont pensé pendant longtemps être un fainéant. Ils ont tenté plusieurs actions, comme lui trouver du travail avec l'aide de la famille ou des amis, mais ça ne tenait jamais plus de quelques mois. Ils ont aussi proposé des formations ou des séjours chez les oncles et tantes, sans succès. Toute la famille s'est investie pour aider Jean, tout autant que pour donner des conseils éducatifs aux parents : « *Il faut le pousser.* » « *Quand il sera au pied du mur, il sera bien obligé de travailler.* » « *La vie est facile pour lui, vous le gâtez trop.* »...

Le couple N, partagé entre la gêne face à la famille et le sentiment un peu diffus que la pression éducative n'aiderait pas vraiment leur fils, ne savait pas trop comment ni quoi faire. Ils arrivent en thérapie un peu perdus, et avec la culpabilité de ne pas être parvenus à sortir Jean de cette situation. Selon eux, ils n'ont pas su faire.

La question posée au psychologue dès le départ, et ensuite tout au long du travail thérapeutique, était : « *Dites-nous quelle attitude avoir. Que devons-nous faire ?* »

Changer le regard de la famille sur leur situation, inscrire le symptôme dans un contexte relationnel précis, aident les parents, petit à petit, à comprendre la souffrance de Jean et à penser plutôt en termes de « mal-être » que de « fainéantise ». Connoter positivement la solidarité familiale, déculpabiliser les parents du fait de ne pas pouvoir « pousser hors du foyer » leur fils, permet de créer une dynamique nouvelle de réflexion sur ce qui est possible pour eux.

**Partager avec eux certaines de nos analyses peut constituer un levier supplémentaire dans le processus thérapeutique.**

Il est vrai que le fait que les parents assument une forme de souffrance et fassent eux aussi ce qu'ils indiquent à leur fils – à savoir « aller voir un psy » – les sort un peu de l'escalade symétrique où chaque sous-système se renvoie la balle et désigne l'autre comme malade.

Cela éveille quelquefois la curiosité de l'enfant qui ressent alors une forme de reconnaissance de la part de ses parents, mais aussi une remise en question, et il n'est pas rare d'observer que, une fois la thérapie des parents enclenchée, les enfants acceptent de participer à quelques entretiens familiaux.

Quatre mois après le début de la thérapie de Madame et Monsieur N, Jean accepte notre invitation et vient à un entretien familial, très méfiant, craignant que cet entretien ne ressemble à de nombreuses réunions de famille où il s'était senti visé, acculé. En effet, impuissant face aux reproches qu'il pensait totalement justifiés, Jean, à court d'arguments, finissait par se fâcher, et la réunion se terminait en conflit général, suivi de son départ précipité.

Petit à petit, j'avance mon hypothèse de souffrance psychique, d'angoisses, de difficultés relationnelles à l'origine de ce que j'appelle l'« isolement » dans lequel il vit. D'abord, Jean écoute, ne dit ni « oui » ni « non » et, à la fin de l'entretien, du bout des lèvres, il esquisse un : « *Peut-être, ce n'est pas totalement faux.* » Et il m'explique poliment qu'il ne viendra pas à tous les rendez-vous, mais qu'il pourra venir une autre fois, si cela me semble nécessaire et si ça peut aider ses parents.

Quelques mois plus tard, face à la demande insistante des parents, Jean accepte de voir un psychiatre. Avec son accord, je me suis mise en relation avec ce confrère, et il nous est arrivé d'échanger sur la situation de Jean et de sa famille, et ce, toujours avec leur consentement. Certains éléments de mes échanges avec le psychiatre ont été transmis à Jean et à ses parents par moi-même et par mon confrère.

Cette clarté entre le système de soin et la famille me semble très importante pour le sentiment de confiance, mais aussi pour l'engagement mutuel dans le suivi.

Nous, professionnels, ne faisons pas le travail à leur place. Cependant, le fait de leur donner les informations nécessaires, de partager avec eux certaines de nos analyses, peut constituer un levier supplémentaire dans le processus thérapeutique.

Plusieurs mois après le début de la thérapie individuelle, Jean a réussi à s'inscrire aux Assedic et à faire quelques démarches administratives, la perspective d'une nouvelle formation l'intéresse, mais il n'arrive pas encore à franchir le pas. Monsieur et Madame N continuent à venir en thérapie, et Jean accepte de participer à certains de nos entretiens.

La situation est encore loin d'être confortable, Jean vivant toujours chez ses parents et étant sans emploi, mais un espace de parole a pu être créé pour lui et pour ses parents, permettant ainsi de canaliser certaines angoisses, de répondre à certaines questions et, surtout, de reconnaître les souffrances mutuelles.

### La famille B

Le couple B arrive en thérapie sur les conseils d'amis qui avaient eux-mêmes suivi une thérapie familiale avec leur fils souffrant de troubles bipolaires.

Pour le premier rendez-vous, Monsieur arrive seul, Madame ayant été contrainte de se rendre auprès de sa mère malade et très âgée. Il explique pendant une heure le parcours de leur fille cadette, entre crises et hospitalisations, violences et dépressions, voyages et disparitions.

Anne a 34 ans, elle a un frère aîné, Paul, âgé de 38 ans. Depuis l'âge de 28 ans, elle est suivie en psychiatrie.

Après quelques semaines, sans avoir repris contact et après avoir annulé un rendez-vous, les parents viennent à un entretien.

La tension dans le couple est perceptible, mais ils se montrent cordiaux. Ils parlent avec tristesse de leurs deux enfants qui vivent actuellement chez eux et qui refusent catégoriquement l'idée d'une thérapie familiale. Nous convenons que c'est encore trop tôt pour Anna qui n'est pas vraiment sortie de la crise et dont les angoisses semblent importantes. D'autre part, cet entretien nous laisse penser avec inquiétude que leur fils Paul est aussi en détresse et complètement hermétique au soin, puisqu'il dit avoir « *le don de soigner par la pensée et d'aider les autres à guérir grâce aux prières qu'il fait* ».

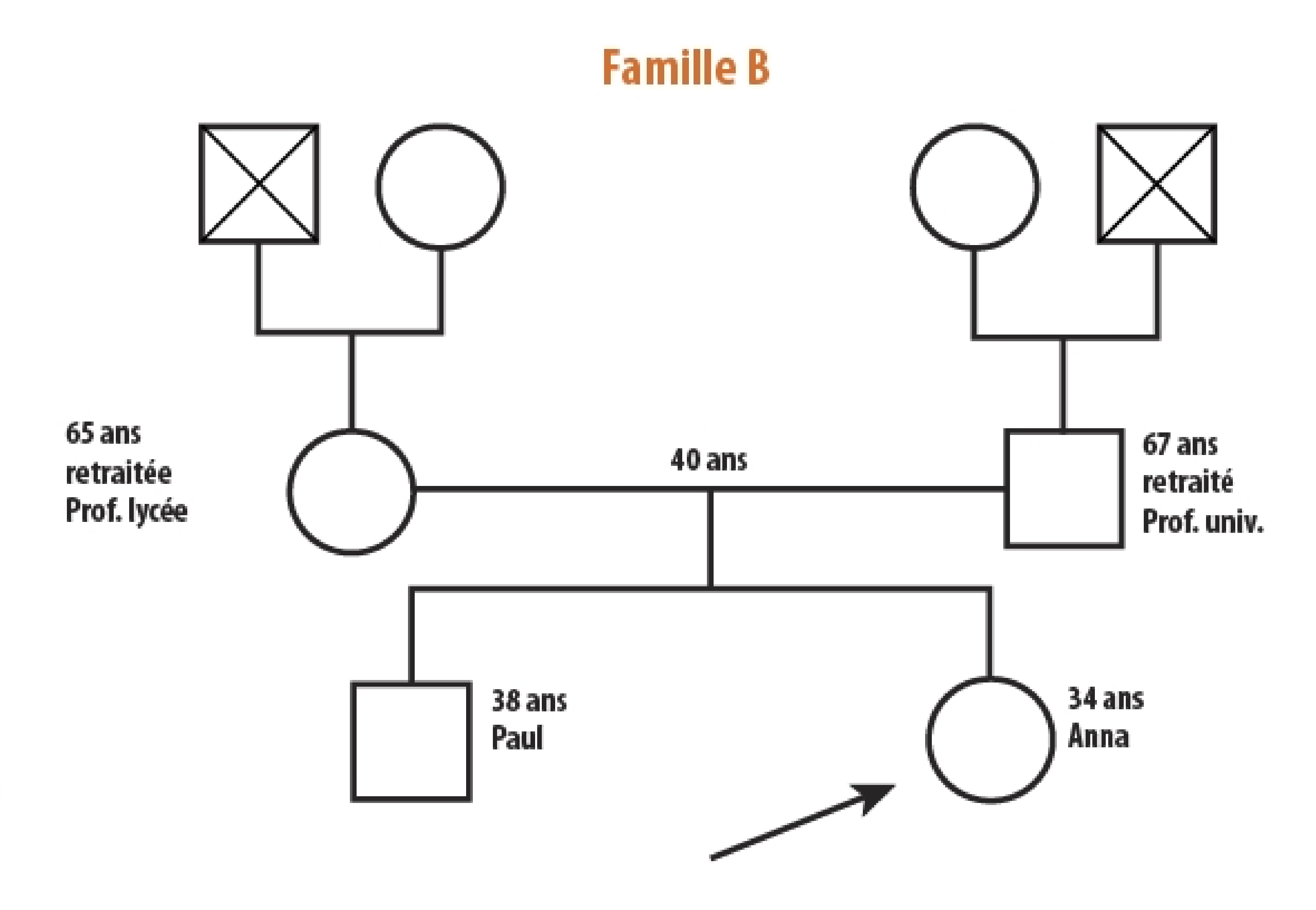
Il a été difficile pour Madame et Monsieur B de comprendre mes inquiétudes au sujet de leur fils, alors même qu'ils évoquaient sans difficulté le niveau élevé des tensions entre Paul et les autres membres de la famille ; son agressivité dirigée contre eux, surtout à l'égard du père ; ses nombreux voyages pathologiques les laissant plusieurs mois, voire des années, sans aucune nouvelle ; son isolement ; son manque d'hygiène ; son impossibilité à supporter la frustration et le désaccord des autres…

Ils décrivent vivre dans la crainte d'une explosion suivie d'une disparition pour ce qui concerne leur fils, et la crainte de violences physiques à leur égard de la part de leur fille.

Accepter l'idée que leurs deux enfants étaient certainement en souffrance psychique n'était pas encore possible pour Madame et Monsieur B. Ils avaient beaucoup de questions, certaines cliniques, d'autres sur leurs attitudes, sur leurs possibles manquements en tant que parents.

Actuellement en retraite, ils disent avoir beaucoup travaillé tous les deux. Elle était professeur au lycée, lui professeur à l'université. Depuis quelques années, ils ont beaucoup aidé leurs parents respectifs. Tous deux enfants uniques, cette charge leur incombait.

La culpabilité manifestée par ce couple de parents, ainsi qu'une certaine responsabilisation ont peut-être participé au fait que le couple B demande des entretiens sporadiques et ne s'engage pas dans une thérapie régulière à raison d'une fois par mois. D'autre part, les éventuels effets d'une remise en question du couple parental ont pu être vécus par le couple conjugal comme « dangereux » pour l'équilibre de leur relation.




Madame et Monsieur B avaient beaucoup de mal à accepter l'idée que leur venue en thérapie puisse représenter une aide pour leurs enfants, quand bien même ceux-ci n'étaient pas présents, mais aussi à entendre la pertinence d'un engagement dans un processus de soin indirect.

En théorie, cela représente le fait de dépasser la logique linéaire de cause à effet de compréhension du symptôme et accéder à une logique circulaire, d'interrelation entre les événements et les relations. Ce passage demande un changement de paradigme important qui fait appel à une plus grande complexité, mais aussi à une responsabilisation et remise en question de tous les membres du système.

Nous faisons ici référence à Gregory Bateson. La façon dont il a décrit la première cybernétique nous en donne un certain éclairage : « *L'objet de l'observation (ici le symptôme) n'est jamais une chose, mais toujours un rapport ou une série indéfinie de rapports.* » C'est sur cette série indéfinie de rapports que nous essayons de travailler pour comprendre le contexte d'apparition des symptômes, ainsi que les éventuelles fonctions qu'il exerce à l'intérieur du système impactant sur les relations.

Faisant preuve de souplesse, je me suis mise à la disposition de ce couple de parents pour des entretiens à la demande, ce à quoi ils font appel de temps à autre. →

## DISCUSSION

Dans ces deux situations, le travail clinique avec le couple parental vise à aider la famille à mieux comprendre les enjeux relationnels dans lesquels ils se trouvent pris, pour ainsi permettre d'envisager une manière plus apaisée de faire avec cette douloureuse réalité qu'est la maladie psychique.

Des éléments informatifs sur la maladie, mais aussi les récits de l'histoire familiale permettent d'aider les parents à naviguer un peu mieux dans les eaux troubles de la maladie mentale.

Ces deux familles se retrouvent dans deux étapes différentes du processus de soin. Pour la première, aucun diagnostic n'a été posé sur les troubles de leur fils, et la thérapie est déjà amorcée. Alors que, pour la seconde famille, le diagnostic et le traitement de leur fille sont définis depuis plusieurs années, mais le travail familial peine à s'enclencher.

Malgré les différences évidentes entre ces deux réalités, ils se retrouvent néanmoins, dans leurs discours, sur le sentiment d'isolement et de solitude face aux difficultés de leurs enfants.

Bien souvent, le diagnostic de psychose tombe comme un couperet sur les familles qui vivent cette annonce tant comme un soulagement – la maladie étant dès lors nommée –, que comme une source d'insécurité et d'incertitude pour l'avenir.

Le sentiment de culpabilité n'est jamais très loin, ouvrant la voie de la méfiance et de la rivalité envers les soignants. Méfiance aussi présente à l'intérieur du système autour de l'idée que les troubles du patient désigné sont un moyen d'attaquer les parents et de leur faire payer les griefs de la relation.

Le besoin de comprendre et de faire évoluer les relations familiales par le biais d'un suivi familial est très rarement proposé aux familles quand le patient désigné est un sujet adulte, alors qu'un dialogue plus ouvert, avec l'aide d'un professionnel, sur l'histoire de la famille et l'histoire des relations pourrait rapidement dissiper certaines incompréhensions.

*Les compétences des familles sont à renforcer.*

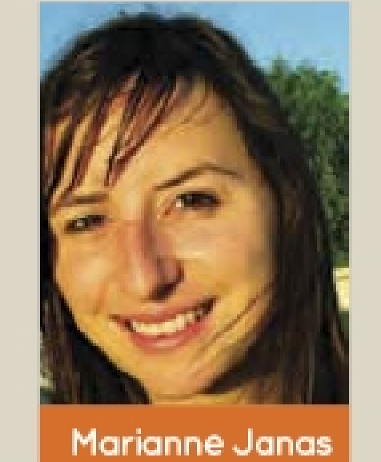
L'engagement du psychologue dans un travail de décodage des dires de chacun provoque, dans de nombreux cas, un effet apaisant et change le point de vue de chacun sur l'autre. Ce nouveau regard donne place à certains changements dans les modalités relationnelles. Le tout n'est pas sans peine, et le temps joue sans doute un rôle important.

Alors que nous nous accordons tous à dire que, dans ces familles, des problèmes relationnels entre parents et enfants et-ou dans les fratries restent une constante dans les plaintes des patients, paradoxalement, les suivis s'orientent majoritairement sous forme de thérapies individuelles.

Le travail avec les familles peut être un levier dans le suivi du patient psychotique, avec l'objectif de faire apparaître une dynamique nouvelle de compréhension de la maladie, une relecture des relations familiales pour, enfin, envisager une forme de désintrication, sans que cela passe obligatoirement par la rupture.

Dans la perspective de favoriser les solutions trouvées à l'intérieur du système, les compétences des familles sont un élément à renforcer. Notre expérience nous laisse penser que ce processus thérapeutique, sans être bref, ne s'inscrit pas dans une durée trop longue et peut être repris, le cas échéant, à d'autres étapes du cycle de vie des sujets au gré des crises éventuelles.

Une dernière remarque va à l'importance du travail de réseau avec d'autres professionnels qui peuvent prendre en charge certains membres de la famille individuellement, proposer un traitement médicamenteux, etc., ou encore aux indispensables articulation et communication entre les professionnels du champ sanitaire et social dans ce genre de suivi.



Marianne Janas
Psychologue clinicienne
Thérapeute familiale
Formatrice à l'Institut d'études systémiques, Paris

# Diagnostic et thérapie en psychiatrie : quels liens possibles ?

**Envisager les symptômes du patient autrement qu'à travers le seul prisme du diagnostic et introduire la dimension relationnelle au cœur de la thérapie ne permettraient-ils pas au patient de lever le voile sur une souffrance enkystée et de faire émerger une autre représentation de soi ? L'histoire de Sandrine, émaillée d'hospitalisations en psychiatrie, de ruptures de lien et de violences auto et héteragressives vient en témoigner.**

Longtemps associée au mythe de la folie, la psychiatrie et les concepts sur lesquels s'appuie sa thérapeutique ont traversé les âges et connu de multiples évolutions. Au-delà de la prise en compte du sujet, de sa dynamique psychique et de sa souffrance, les processus relationnels qui l'entourent tendent à être intégrés, à la fois dans la compréhension clinique du sujet, mais aussi dans les processus thérapeutiques. Aussi, s'agira-t-il ici, à partir d'une vignette clinique, de s'interroger sur la manière dont un patient peut traverser l'expérience d'une hospitalisation en psychiatrie, sur la nature des réponses thérapeutiques (individuelles, relationnelles, médicamenteuses…) proposées par les intervenants ou encore sur le sens que cette rencontre peut revêtir pour chacun. Ainsi, quel regard clinique porter à la fois sur les symptômes du sujet, sur les ressources, sur les processus relationnels et la construction de la relation thérapeutique ?

## L'HISTOIRE DE SANDRINE

La situation m'est présentée par une équipe soignante d'un service de psychiatrie [1]. L'infirmière référente décrit au groupe la situation suivante :

Sandrine est une jeune femme approchant la majorité, présentant des comportements auto et héteragressifs, admise régulièrement, à sa demande, dans le service de psychiatrie de son secteur, alternant suivis en ambulatoire et hospitalisations, depuis janvier 2011.
Sandrine est confiée au service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) à l'âge de trois ans, en maison d'enfant, pour des motifs intrafamiliaux de négligences éducatives, carences affectives, alcoolisations du père, violences physiques et psychologiques. À l'âge de onze ans, Sandrine retourne en famille avec la mise en place d'une aide éducative en milieu ouvert (AEMO). Elle révèle de nouveaux faits de maltraitance deux ans plus tard. De nouveau confiée en famille d'accueil, Sandrine est alors âgée de treize ans. Pendant un an, elle connaîtra quatre placements différents dans quatre familles d'accueil. À ses quatorze ans, elle est réorientée dans une unité d'hospitalisation à la suite de comportements auto-agressifs (scarifications), d'une agitation anxieuse, de propos suicidaires et d'actes de mise en danger d'elle-même. Le service de pédopsychiatrie préconise une famille d'accueil thérapeutique, et l'ASE un projet d'orientation en section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA). Sandrine voit sa famille une fois tous les quinze jours lors de visites accompagnées par un tiers.
En septembre 2010, l'évolution de Sandrine est positive. L'Aide sociale à l'enfance constate un apaisement. Une réorientation dans une famille d'accueil dite « classique » de l'ASE est alors préconisée et réalisée. Un projet d'intégration dans un établissement régional d'enseignement adapté (EREA) est également mis en œuvre. La famille obtient des droits d'hébergement les week-ends. Sandrine a →

**Note**

1. Il s'agit d'un service de psychiatrie adulte pour lequel j'ai animé une formation intra-institutionnelle à l'approche systémique pendant deux ans.

alors seize ans. La situation se dégrade rapidement. Elle exprime beaucoup de plaintes somatiques (passe beaucoup de temps à l'infirmerie de l'établissement), refuse toute activité avec la nouvelle famille d'accueil, ne se rend plus à son stage professionnel (maison de retraite). Elle multiplie les conduites à risque : saute de la voiture de la famille d'accueil en marche, manifeste des crises clastiques et exprime de nouveau des propos suicidaires. De ses actes, elle dira à sa référente éducative qu'ils sont comme des messages d'opposition et l'expression de sa souffrance (« *J'en ai marre de vivre. Rien ne vaut la peine.* »).

Fin décembre 2010, le grand-père maternel de Sandrine décède.

Début janvier 2011, Sandrine fait une tentative de suicide par phlébotomie. Elle est hospitalisée en service de psychiatrie adulte. Un projet de soin est élaboré en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) sur des demi-journées, avec un suivi en ambulatoire, des relais en famille d'accueil et des retours au domicile familial. Trois familles d'accueil se succèdent face aux mises en danger, conduites d'opposition et menaces de suicide de Sandrine. Il est fait état, par le service de l'ASE, que Sandrine montre chaque fois des regrets et exprime son attachement aux familles d'accueil au moment des séparations / réorientations.

*Quelles sont les souffrances qu'elle ne peut formuler autrement qu'en passant à l'acte ?*

Elle demande régulièrement des hospitalisations à temps plein pour contenir son mal-être et ne parvient pas à s'inscrire durablement dans une orientation professionnelle. Sa majorité approchant, Sandrine souhaite une mainlevée du placement et un retour au domicile familial. Un dossier d'aide pour adulte handicapé (AAH) avec orientation en milieu protégé est réalisé. À cette même période, les parents font, pour leur fille, la demande d'une mesure de protection des biens et de la personne. L'ASE observe des moments de grandes tensions lors des retours de Sandrine au domicile familial, notamment des épisodes de violences physiques entre elle et sa mère après lesquels Sandrine demande son hospitalisation. Les professionnels préconisent un contrat jeune majeur, projet qui, au moment de la présentation, est refusé par la jeune femme.

Comment comprendre les symptômes de Sandrine ? Quelles sont les souffrances qu'elle ne peut formuler autrement qu'en passant à l'acte ? Comment l'hôpital psychiatrique, ultime interlocuteur d'une demande d'aide, se situe-t-il par rapport à ses symptômes ? La famille est-elle associée au travail clinique, ou pensée avec Sandrine dans ses rapports à sa souffrance et les ressources qu'elle peut offrir ?

## LE TEMPS DU DIAGNOSTIC [2]

Au moment de la première hospitalisation, Sandrine est reçue par un psychiatre pour une première évaluation de son état psychique, évaluation ayant pour objectif de poser un diagnostic duquel vont découler les préconisations thérapeutiques ultérieures.

Démarche basée sur le modèle biomédical, nous pouvons nous questionner sur le point de départ de cet accueil dans le soin : quelle est la fonction d'un diagnostic au sein de l'espace thérapeutique ? Quelles places ce diagnostic occupe-t-il ? au carrefour de quels systèmes ? Tous les diagnostics ont-ils la même pertinence ? Quels en sont les impacts pour le patient, sa famille, mais également pour le déroulement d'un processus thérapeutique ?

Le diagnostic posé pour Sandrine est le suivant : « *Personnalité* borderline *avec troubles du comportement et de l'adaptation.* » Un traitement médicamenteux avec anxiolytiques, sédatifs et injections retard de neuroleptiques a été mis en place.

Toutes les manières d'observer, de penser un patient, ne produisent pas les mêmes effets. Un diagnostic intra-individuel, de personnalité, ne donne pas le même message au patient sur lui-même qu'un autre diagnostic, qui, par exemple, tiendrait compte de l'histoire du patient, de ses relations, de ses ressources et des traumatismes qui l'ont marqué. Les symptômes n'apparaissant plus « *dès lors comme des comportements qu'il faudrait s'efforcer de corriger, mais comme la solution trouvée par lui pour faire face à une souffrance ou un danger* » (Mugnier, 2008).

Pour Carl G. Jung, « *il n'existe pas, il ne saurait exister de connaissance de soi qui répondrait à des présupposés théoriques, car l'objet à connaître est un individu qui constitue par rapport à l'ensemble une irrégularité et une exception.* [...] *Il demande à être entendu comme un détail unique dans l'ensemble du corps social, détail qui en dernière analyse ne peut être ni comparé ni catégoriellement reconnu* » (Jung, 1950).

Pour Jay Haley, « *le fait de mettre une étiquette* [...] *implique que l'on participe à la création d'un problème d'une manière telle que tout changement est rendu plus difficile.* [...] *Le fait de mettre une étiquette sur un dilemme humain peut cristalliser le problème et le rendre chronique* » (Haley, 1976).

**Note**

2. Proton P., 2012, « Du diagnostic en thérapie à la complexité du lien entre diagnostic et thérapie », Travail de mémoire de quatrième année de formation longue à l'IDES (Grenoble).

Ces manières d'observer sont donc susceptibles d'influencer l'évolution du sujet et la relation thérapeutique en construction. Le risque serait grand d'interpréter tous les comportements de Sandrine à travers l'unique filtre du diagnostic.

S'il n'y a pas une vérité unique sur un patient, mais une relation (un observateur, un patient en souffrance) et un contexte, notre manière de penser le patient constitue déjà une communication (verbale et non verbale) faite au patient et aux différents membres d'un système de soin, participant plus ou moins déjà d'une dynamique thérapeutique.

C'est pourquoi les interventions thérapeutiques qui suivent le diagnostic doivent veiller à préserver les notions d'imprévisibilité, de créativité, de complexité et de changement.

La relation d'aide pourrait, quant à elle, s'attacher à favoriser le passage « *du temps immobilisé du diagnostic au temps dynamique de l'évolution potentielle* » (Ausloos, 1995).

Dans ce sens, comment l'intervenant peut-il participer à la construction de significations nouvelles « aidantes » pour le patient en lien avec ses symptômes ? Significations qui permettraient de restituer au patient le récit d'un passé reconnu et suffisamment acceptable lui permettant de s'engager à son tour sur le chemin incertain de son désir et de son avenir.

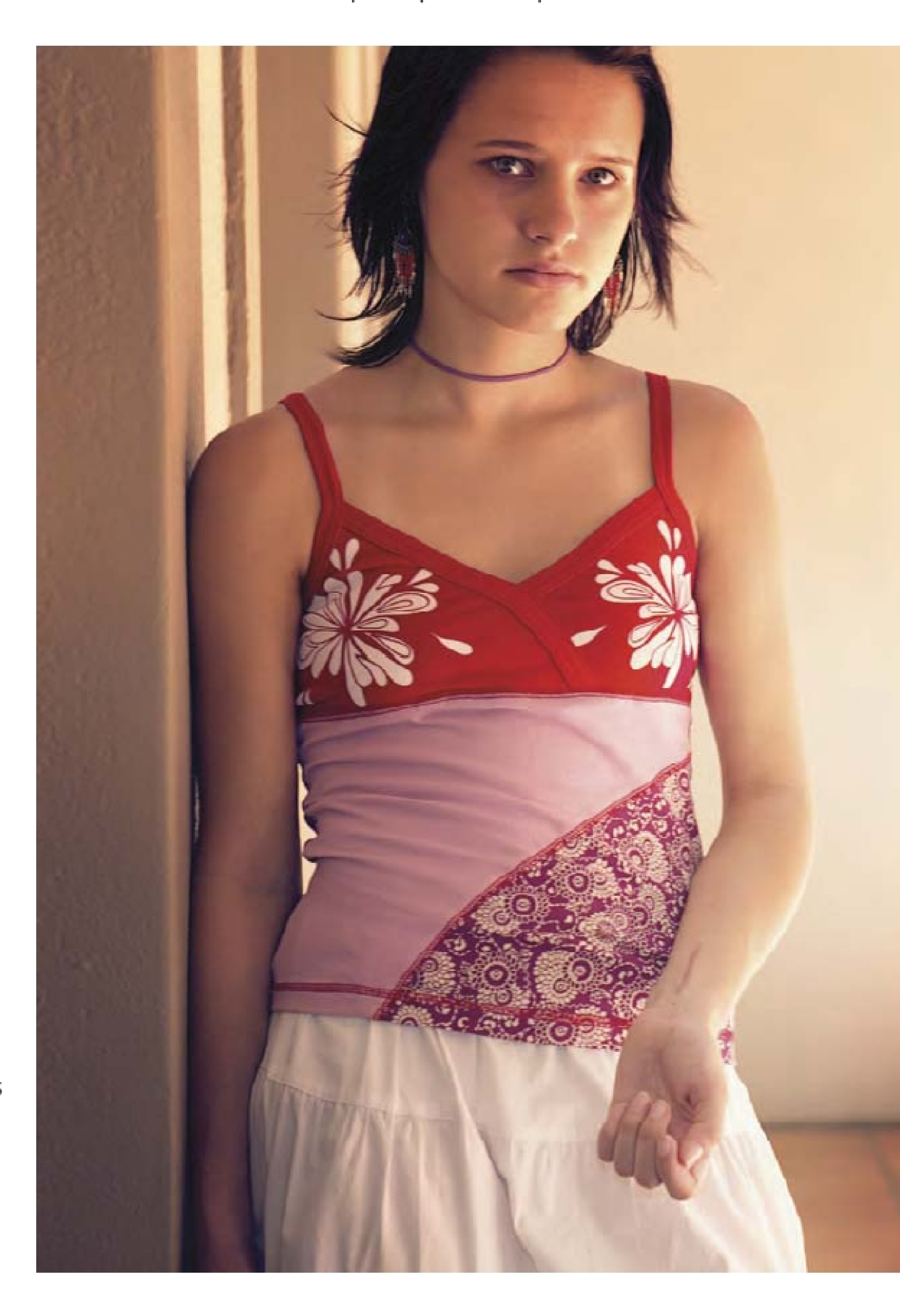
## LE TEMPS DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE

L'infirmière référente fait part au groupe des entretiens infirmiers qu'elle réalise régulièrement avec Sandrine. Cette dernière est très demandeuse et chaque fois ponctuelle, mais reste souvent silencieuse. La collègue se sent démunie face à cette jeune femme et perçoit son histoire comme une trajectoire émaillée de ruptures de liens et d'insécurité. Face à cette « boule nouée » de situations difficiles et accumulées qu'est Sandrine, la référente ne sait pas comment travailler. Ce sentiment d'impuissance ne serait-il pas en lien avec ce que Sandrine expérimente sans pouvoir l'élaborer, et qu'elle ferait ainsi vivre à ses interlocuteurs ?

### Hypothétisation et génogramme

Face aux questions que pose ce mal-être présenté par Sandrine, nous proposons à la collègue de travailler autour des différentes hypothèses qui permettraient de relier les maux aux mots et les émotions aux expériences (que Sandrine retourne en violence contre elle-même).

Le travail d'hypothétisation, élaboré par l'équipe systémique de Milan (Selvini, 1982), étymologiquement « ce qui est en dessous », consiste à élaborer une (ou des) « *supposition(s), faite(s) pour servir de base de raisonnement, sans référence à sa vérité* », plaçant ainsi l'intervenant dans une position engagée avec le patient dans la recherche de la compréhension et la création de sens sans imposer à l'autre de connaissances sur lui-même qu'il ne possèderait pas.



Les hypothèses favorisent « *l'introduction de l'inattendu et de l'improbable* », mais aussi au sujet de s'interroger à son tour sur le sens de son existence. L'hypothèse, « *excluant explicitement sa justesse et sa fausseté* », pourrait alors permettre à Sandrine de faire l'expérience, au sein de l'espace thérapeutique, de l'engagement d'un intervenant avec elle sur la voie de la voix. Si un autre, bienveillant, s'engage sur le chemin de son histoire, Sandrine pourra-t-elle faire l'expérience de nommer ou de définir à son →

tour ses expériences, les émotions et le sens qu'elle leur attribue ou, au contraire, le non-sens, le chaos et le désordre qui s'y rattachent ?
Il a d'abord été proposé de travailler des hypothèses permettant de recadrer l'origine du problème dans l'histoire de Sandrine plutôt qu'en elle-même. Sans disqualifier le diagnostic posé, mais en complexifiant notre vision des symptômes, l'idée consiste à aider Sandrine à penser ses liens et leurs rapports avec ses difficultés actuelles.
Dans cette perspective, et d'un point de vue analogique, la technique du génogramme permet d'introduire ce recadrage sans avoir à l'expliquer : celui qui relie le problème à l'histoire, et notamment l'histoire des relations.
Les hypothèses travaillées ont été élaborées à partir de la théorie systémique, des théories de l'attachement et de celles liées au psychotraumatisme. Elles dialoguent et se répondent les unes les autres :
• Ne pas trouver sa place dans le monde reviendrait-il, pour Sandrine, à exprimer une définition de soi construite à partir d'expériences relationnelles répétées : celle d'avoir le sentiment de n'avoir sa place nulle part, ni dans sa famille ni, pis encore, sur Terre ? Les tentatives de suicide traduiraient cette vision de soi endommagée.
L'hospitalisation pourrait alors représenter une tentative désespérée d'appartenance : au groupe des patients psychiatriquement malades.
• Se faire rejeter de toutes les familles d'accueil et lieux de formation donne une information de la vision que Sandrine a d'elle-même et des relations. Celle d'un mauvais objet, bon à être abandonné. Mais la dimension de la dangerosité et de l'hostilité dans la relation apparaît également à travers les crises d'opposition importantes que Sandrine manifeste, et les provocations déclenchant les ruptures de lien. Liées au cycle de vie de l'adolescence – ce qui, pour autant, n'est pas suffisant pour les expliquer –, quelles sont les expériences vécues par Sandrine qui ont « organisé » une certaine définition des relations en termes de prise de pouvoir ? Si je cède, l'autre risque de prendre le pouvoir sur moi. Si je reste, je risque de souffrir, voire, pis, d'être ou de mettre l'autre en danger. Dans cette proposition, l'hôpital ne serait-il pas un refuge ultime au sein duquel on peut recouvrer un sentiment de sécurité ?

*L'hôpital comme ultime tentative de redéfinition de soi et de ses appartenances.*

Poussant plus loin l'image précédente de l'hôpital comme tentative désespérée d'appartenance, l'impasse, pour Sandrine, pourrait être la suivante : sans désappartenir (se montrer déloyale envers sa famille et courir le risque de perdre à jamais l'espoir d'y trouver un jour une place), mais sans non plus appartenir (quelles sont les caractéristiques identificatoires, voire les dangers liés à cette famille, qu'elle s'attribuerait en y appartenant ?), quelle autre appartenance possible ? L'hôpital comme ultime tentative de redéfinition de soi et de ses appartenances.
• Le balancier à travers lequel Sandrine définit son destin – la mort ou la folie – semble constituer un message qu'on ne peut pas ne pas recevoir, celui qui pourrait être formulé ainsi : le vivant est moins acceptable que la mort ou que le vivant portant le masque de la mort (la folie). Comme si l'univers, pour Sandrine, se divisait en deux mondes pour reprendre l'image développée dans les stratégies de l'indifférence : « *le monde des "normaux", ceux qui n'ont pas à avoir honte de ce qui leur arrive, et le monde de ceux qui se sont rendus complices d'actes contre-nature, même malgré eux* » (Mugnier, 2008), et qui s'en attribuent la responsabilité. Retourner la violence contre elle-même pourrait en constituer le symptôme. Les scarifications exprimant également que le corps est mis en jeu dans une dimension destructrice. Sortir de la honte, de la culpabilité et de la destruction par la mort ou la folie (je ne suis plus responsable de rien si je suis folle) comme stratégie de survie.
L'hypothèse d'un syndrome psychotraumatique ayant exclu Sandrine du monde des « normaux », non élaboré, logé au sein d'une histoire relationnelle désorganisée et insécure, qui ne lui aurait pas permis de développer une estime de soi suffisante pour le surmonter ni d'expérimenter un sentiment de confiance en un autre nécessaire pour demander de l'aide, semble retenir l'attention du groupe. La folie ou la mort devenant alors les seules solutions autothérapeutiques face à l'attribution de la culpabilité du trauma (mécanisme d'identification à l'agresseur développé par Sandor Ferenczi, en 1932).
Explorer la vision que Sandrine porte sur sa famille, et l'aider à définir la nature des relations qui l'ont en partie construite, de sa naissance jusqu'à aujourd'hui, avec l'aide du génogramme, lui ont permis de révéler l'existence d'un vécu d'abus sexuels subis dans son enfance par un oncle lorsqu'elle était âgée de onze à treize ans. Aucune trace de ces abus n'apparaissait dans le dossier médical de la patiente ni dans celui de la protection de l'enfance. Sandrine s'était confiée à une famille d'accueil. Elle ne sait pas si l'oncle a été poursuivi. Les services de protection de l'enfance ont pu transmettre

l'information au médecin du service à la suite de la séance : l'information d'une condamnation pénale de l'oncle, sans peine de prison ferme. Elle a pu évoquer également des scènes de grave humiliation où son père, alcoolisé, urinait sur elle. Un temps de travail a alors été préparé autour de la reconnaissance des faits de la part des parents et de l'oncle, leviers thérapeutiques développés par le centre des Buttes-Chaumont, à Paris.
Les violences physiques sur sa mère aussitôt « annulées » par les hospitalisations ne seraient-elles pas alors l'expression de la distorsion du lien mère-enfant (Mugnier, 2008), la vengeance de la fille vers la mère du désaveu de sa souffrance à travers la non-protection au moment des faits ? La dénonciation d'une définition des relations dans la famille basée sur la violence ? Et la perte du sentiment de confiance, fondamental, selon Sandor Ferenczi, dans la construction de soi et l'engagement de soi dans le monde.

## Résonance et conte mythique

Au regroupement suivant, l'infirmière référente évoque le changement d'unité de Sandrine dû au changement de lieu d'accueil. Sandrine a été transférée dans un nouveau service de psychiatrie, le suivi avec la référente a donc dû prendre fin, à l'image des nombreux suivis organisés à partir de la sectorisation géographique.
Si Sandrine est marquée par des ruptures de lien qui sont autant de facteurs de risque dans son évolution, comment comprendre que les relations d'aide, en miroir, ne puissent préserver une continuité sécurisante ?
Sandrine, venant de parler de nouveau de ce qu'elle a subi, va-t-elle éprouver ce changement comme le signe d'une indifférence à son égard, expérimentant, au sein de la relation d'aide, « un peu plus de la même chose » ?
« *Lorsque surgit la violence, l'inacceptable s'inscrit de façon irréversible dans le déroulement d'une existence. Comment faire, dès lors, pour que l'esthétique du récit que l'on peut faire de soi ne soit pas synonyme de méconnaissance, banalisation ou, au contraire, idéalisation de la souffrance et de ce qui l'a provoquée ?* » (Mugnier, 2010.)
Afin de restituer à Sandrine ce que nous avons compris de son histoire, et de l'inscrire dans une trajectoire qu'elle pourra (se) raconter, au sein desquels les traumatismes et les violences peuvent être reconnus sans définitivement prendre le pouvoir sur le sens ou la définition d'une existence, nous proposons à la référente de réaliser, à partir de ses résonances (l'image de la boule nouée qu'elle avait évoquée à partir de ses représentations de Sandrine), un conte systémique[3]. « *Il ne s'agit pas de donner du sens aux violences ou aux ruptures de liens, mais de les inscrire dans une histoire qui a du sens.* » (Mugnier, 2010.) Sa restitution à Sandrine au sein de sa nouvelle unité par la référente a également représenté un axe de travail majeur, afin que, symboliquement, soient nommés et l'engagement de l'intervenant, et la séparation au sein de la relation thérapeutique.

## Barisan, la chenille[4]

« *Il était une fois, l'histoire d'une chenille aux yeux bleus comme deux saphirs, au corps tout doré et aux pattes multicolores. Elle habitait un bouton de rose avec ses grands frères, Pat et Chris, et ses parents, mais le bouton de rose n'était pas très solide, ni sécurisant. Occupés à se disputer à propos du nectar alcoolisé, ses parents papillons ne pouvaient pas réparer le bouton de rose.*
*Alors, pour protéger Barisan et ses frères, une armée de petites abeilles les emmena dans d'autres fleurs du jardin. C'était difficile pour Barisan d'habiter soudainement dans des fleurs inconnues.*
*Les parents papillons essayèrent de ne plus se disputer ni de se mettre en colère. Ils voulaient que tout le monde puisse vivre dans le bouton de rose qu'ils avaient, du mieux qu'ils pouvaient, essayé de réparer. Barisan retourna dans sa famille et découvrit deux nouvelles petites chenilles. Mel et Dim. Il fallait essayer de trouver sa place. En plus, l'une d'elles s'était nichée dans le pétale préféré de Barisan.*
"Arrête de bouder", *disait son frère chenille.* "Ne reste pas encoconnée, tu nous enquiquines", *disait sa mère en colère.* "Tu es décidément bien désobéissante", *disait le papa papillon en brandissant un bâton, car il avait bu trop d'un mauvais nectar qui réveillait d'anciennes colères dures comme le marbre.*
*De plus, un vilain cafard s'était invité dans le bouton de rose. Il avait la fâcheuse manie de coller ses pattes au corps multicolore de Barisan qui en était tout effrayée.*
*Ses parents ne semblaient pas comprendre ce qui lui arrivait. Barisan, poussée par un énorme courage, dut faire appel de nouveau aux petites abeilles pour la protéger et repartir dans d'autres massifs de fleurs. Elle était partagée par le besoin de se sentir en sécurité, mais aussi par la peur, l'angoisse et la culpabilité. Alors, pour montrer qu'elle souffrait et qu'elle était emberlificotée dans les fils de soie de son cocon, elle se faisait du mal.*

**Notes**

3. Le conte comme métaphore de l'histoire a été développé par Philippe Caillé et Yveline Rey (2004).

4. Stéphanie Minard, infirmière, est le principal auteur du conte, retravaillé au cours de la formation.



*Barisan avait une petite boule dans la gorge. Pas une boule de gomme, ni une boule de billard, mais une petite boule de tristesse, faite de sanglots ravalés, de rancœur, de solitude, d'angoisses et de larmes sèches accumulées… Tout ça dans une petite boule ? Oui… car la tristesse avait été compressée, appuyée, piétinée farouchement pour que tout ça tienne ensemble…*
*Quand la boule de tristesse était moins lourde et que Barisan pouvait s'ouvrir et sentir les parfums du Monde, ses fils de soie devenaient plus légers et elle pouvait s'attacher, mais s'attacher réveillait la peur de tous les dangers.*
*Comme cette petite boule lui faisait mal en avalant, ses parents la montrèrent au docteur Siclair et à sa brigade de fourmis blanches, qui pensent que les boules sont faites pour rouler au vent et pas pour rester emprisonnées dans le fond d'une gorge. À l'aide de potions, de breuvages et de danses rituelles, le docteur Siclair espérait bien que la boule rapetisserait et permettrait à Barisan de déployer ses ailes.*
*Barisan parviendra-t-elle à trouver en elle et dans ses relations la force et l'énergie pour se transformer ?* »

**Préserver la « curiosité » et le caractère évolutif de la rencontre.**

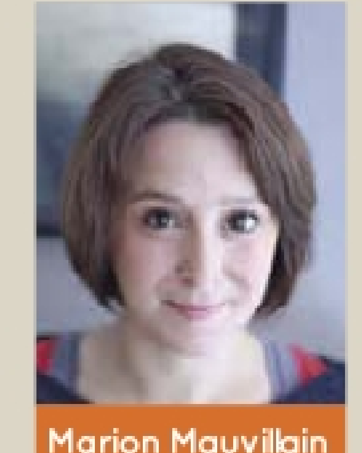
Sandrine est très émue à la lecture de ce conte. Comme le proposent Philippe Caillé et Yveline Rey (2004), la référente invite la jeune femme à écrire la suite de l'histoire pour le prochain entretien. Voici ce qu'elle a écrit :
« *Barisan est triste et inquiète, elle ne sait pas comment faire pour déployer ses ailes… elle coupe tous les jours un peu plus ses fils, mais elle reste chenille.*
*Barisan continue à avoir besoin du docteur Siclair, des fourmis et des abeilles.*
*Sa famille lui manque et surtout la chenille Chris.*
*Barisan ne peut pas continuer à demander des choses impossibles à sa famille et à l'équipe de fourmis et des abeilles.*
*Barisan veut vite voir la couleur de ses ailes, mais c'est plus difficile qu'on ne croit.* »
À partir de cette suite, l'équipe soignante a fait le lien avec l'équipe de protection de l'enfance, afin de proposer que le projet de contrat jeune majeur soit réfléchi en entretien et en présence du frère de Sandrine, Chris, pouvant apparaître comme une ressource. À l'issue de quelques entretiens avec le frère, Sandrine a accepté le contrat jeune majeur et s'est inscrite à une formation d'aide à la personne. Formation non sans lien avec la reconquête de l'estime de soi, la tentative de redonner un sens à son existence et la possibilité de remettre en mouvement les phénomènes de « contre-identification à l'agresseur » ou encore « d'identification au sauveteur[5] » contenus dans les relations ressources et protectrices de son histoire (familiales, réseau de protection de l'enfance et-ou de psychiatrie…).
Tout n'est pas résolu pour autant. Sandrine a dernièrement de nouveau changé d'unité de soin, à la suite de sa réorientation vers un nouveau lieu de placement. Elle y a fait une importante crise d'agitation. La nouvelle équipe psychiatrique a alors préconisé pour la suite du séjour la chambre d'isolement pour tenter de la contenir.
Sandrine contacte régulièrement l'infirmière référente qui a écrit le conte pour lui donner de ses nouvelles et lui demander de l'aide lorsqu'elle est en souffrance. L'infirmière faisant alors chaque fois le lien avec le service de secteur concerné.

## COMMENTAIRES

Si le génogramme ou le conte ne sont pas les seules techniques permettant de lever le voile sur une histoire, introduire la dimension relationnelle peut concourir, avec d'autres accompagnements tout à fait complémentaires (protection de l'enfance, traitements médicamenteux, procédures pénales, etc.), à freiner chez le patient les risques d'aliénation psychique à une histoire unique.
De même, la perspective relationnelle favorise la réinscription du patient dans la communauté humaine et son évolution. Elle permet de mettre au travail les souffrances non résolues et de faire apparaître une vision nouvelle de soi, tout en opérant un travail de différenciation de ses liens d'appartenance. Peut émerger alors un décalage des représentations autour des ressources du patient et de celles de ses relations.
Au sein même de la relation thérapeutique, sa prise en compte réduit les risques chez les intervenants de perception des symptômes du patient comme résultant uniquement d'un tableau clinique lié au diagnostic et de préserver la « curiosité » et le caractère évolutif de la rencontre.
Le facteur temps, la continuité et la communication entre les différents professionnels de soin apparaissent comme des facteurs de protection essentiels au sein de ces propositions thérapeutiques.

**Note**

5. Concept proposé dans mon travail de mémoire de quatrième année de formation à la thérapie familiale, intitulé « La bifurcation bénévole », réalisé à partir des travaux de recherche menés par le centre des Buttes-Chaumont, à Paris, sur le devenir des enfants victimes d'abus sexuels.



Marion Mauvillain
Psychologue clinicienne
Thérapeute familiale

# Projet de soin, projet de sortie, projet de vie
## Quelle place pour la famille ?

**C'est bien parce que c'est la famille qui se retrouve souvent en première ligne au moment du retour au domicile que la mise en place d'un cadre de partenariat étroit entre le patient, ses proches et l'équipe soignante semble indispensable. Potentiel levier thérapeutique, meilleure compréhension du contexte du patient ou encore lutte contre l'épuisement des familles… des bénéfices certains pour un projet de sortie et un projet de vie partagés et cohérents.**

Depuis quelques années, l'évolution de la psychiatrie adulte nous amène à penser que le projet de soin ne peut se concevoir autrement que comme le support du projet de vie.
La désinstitutionnalisation pose la question de la sortie de l'hôpital et de la nécessaire association de plusieurs éléments : le suivi individuel du patient, mais aussi l'environnement dans lequel il va se retrouver à sa sortie.
L'équipe soignante doit pouvoir se positionner comme facilitatrice de l'adaptation du patient, de sa famille, en prenant en considération l'environnement dans lequel il se trouvera à sa sortie ; cette prise en compte permettant parfois d'« agir » sur le contexte relationnel.
L'histoire des relations entre les familles et les services de psychiatrie a été émaillée de tensions, de conflits, de mouvements de rejets et de disqualifications réciproques importants. L'évolution des procédures d'hospitalisation, celle des modalités de prise en charge à l'hôpital, du fait, notamment, du mouvement de désinstitutionnalisation et de l'évolution des représentations du handicap psychique, ont cependant favorisé la nécessité d'instaurer un partenariat étroit entre les services de soin et les familles des patients souffrant de troubles psychiatriques (Carpentier, 2001).
Ce partenariat n'est jamais simple à mettre en place.
Les blessures liées à l'histoire de cette relation familles / psychiatrie restent vives, l'intensité des symptômes et de la crise sidère, bouleverse, bloque parfois l'expression des ressentis et des émotions de chacun. Les soignants peuvent se sentir aux prises avec l'injonction de répondre vite et bien, de faire rapidement diminuer le niveau de souffrance de chacun. Or, les troubles psychiatriques s'inscrivent dans un temps souvent long, plus important que le temps de l'hospitalisation. C'est ainsi qu'une grande partie de l'accompagnement soignant est proposé à l'extérieur de l'hôpital, en ambulatoire, à partir d'un centre médico-psychologique (CMP). Ce faisant, la famille participe, pour une grande part, au maintien du patient dans une vie extérieure à l'institution.
Ces évolutions ont imposé aux institutions soignantes une nécessaire réflexion au sujet des modalités de leurs interventions. Si le patient reste celui vers qui sont orientés les soins, la question se pose de savoir si, en plus des interventions de type individuel, orientées vers le patient (traitements médicamenteux, soins à médiation, suivi psychothérapeutique « classique », etc.), l'implication de la famille dans ce processus thérapeutique, plutôt que de le compliquer, voire de le mettre en échec, ne permettrait-elle pas, au contraire, une évolution plus favorable au patient ?

### POURQUOI TRAVAILLER AVEC LA FAMILLE ?

Exerçant comme psychologue clinicienne et thérapeute familiale dans différentes unités d'un service de psychiatrie adulte à orientation systémique, j'ai pu avoir accès à différents contextes de rencontre entre les patients, leurs familles et le personnel soignant.
Ainsi, selon que l'on se situe dans l'unité de réadaptation, dans le service de consultations ambulatoires ou au sein →

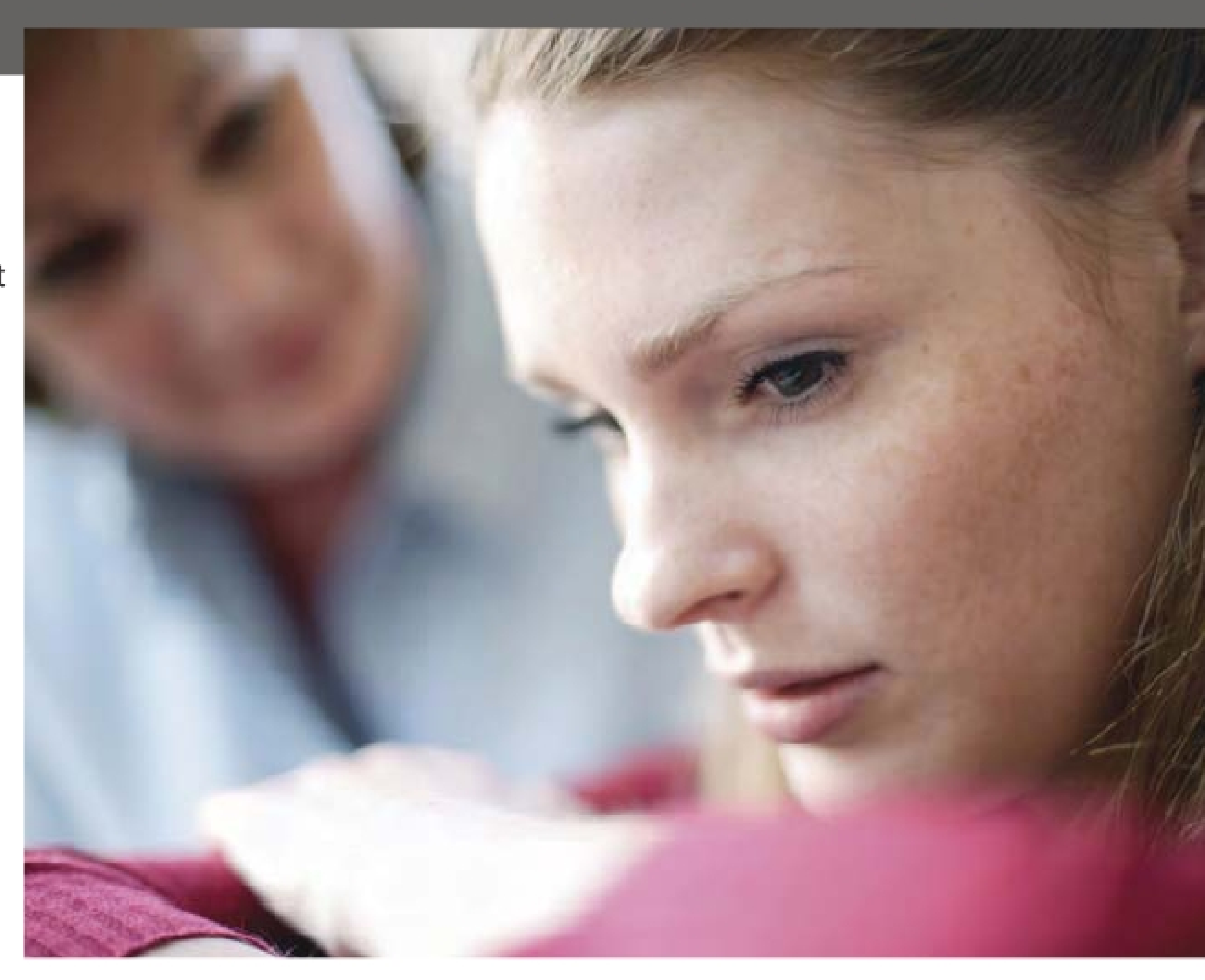
→ même de l'unité de thérapie familiale, la question des liens avec les familles se pose, nous invitant chaque fois à construire le cadre de la collaboration possible, en fonction des objectifs définis, en partie par les missions inhérentes au service de soin concerné.
Une des responsabilités du soignant consiste, notamment, à bien penser et poser le cadre des rencontres, afin de sécuriser l'espace de soin du patient, mais aussi de permettre à la famille de pouvoir mettre en œuvre toutes les compétences qui sont les siennes.
Ainsi, Jacques Miermont souligne-t-il l'importance de « *la circulation des connaissances et des savoir-faire* » dans un mouvement de « *va-et-vient entre familles et thérapeutes* ».
Il complète en insistant sur les devoirs qui s'imposent aux thérapeutes en charge de ces patients et de leurs familles : « *Si ces derniers se doivent de partager les connaissances dont ils disposent avec le maximum de doigté et d'intelligibilité, ils se doivent tout autant d'être sensibles aux expériences et aux connaissances développées par la famille.* » (Miermont, 2001.)
Le partenariat avec la famille doit se concevoir au-delà de l'urgence et de la crise, c'est une relation qui doit se réfléchir comme s'inscrivant sur du long terme, comme accompagnant l'évolution de l'état clinique du proche / patient. Cela permettra parfois l'élaboration et la concrétisation de ce que les soignants appellent un « projet de vie ». Globalement, il semble que ce projet de vie soit plus à appréhender comme un moyen de mobiliser les différents partenaires dans une dynamique commune qui permettra au patient d'aller peut-être vers une qualité de vie meilleure, et à ses proches de pouvoir continuer à assurer leurs missions parentales.

## Un potentiel levier thérapeutique

La pertinence de ce nécessaire partenariat ne se limite pas à un besoin lié à l'évolution des modalités de prise en charge, elle est fortement sous-tendue par des éléments potentiellement thérapeutiques pour le patient, mais aussi pour ses proches.
Longtemps, la famille a été mise de côté sous prétexte de préserver l'espace individuel de soin du patient. Le problème de ce type de positionnement est qu'il reste centré sur le projet de soin. Or, la question est de savoir si le projet de soin peut réellement être considéré comme autre chose que le support du projet de vie.

*Reconnaître la place et l'engagement des proches.*

La famille est bien souvent sollicitée lors des retours à domicile. Elle a besoin d'informations pour être rassurée, pour différencier la pathologie de la personne qui porte les symptômes, pour continuer d'assurer ses missions de parents ou de conjoint. Elle a aussi besoin d'être rassurée sur le fait que des professionnels vont continuer d'assurer la poursuite des soins.
La mettre de côté, c'est risquer d'accroître les possibles sentiments d'inquiétude et de méfiance. C'est aussi s'empêcher de rendre le plus favorable possible l'environnement dans lequel le patient va se trouver à sa sortie.
Longtemps, la famille a été culpabilisée. En effet, il est vrai que prendre en compte la dimension familiale peut amener à se questionner sur la part de responsabilité que les dynamiques familiales ont pu avoir dans la survenue des difficultés psychiques. Ainsi le soignant doit-il veiller à être attentif au fait qu'une attitude culpabilisatrice aura pour impact de le couper d'un possible travail avec la famille qui se défendra et se protègera d'une vision trop accusatrice.
Ainsi, rompre le lien peut risquer de ne pas mettre toutes les chances du côté du patient pour favoriser une sortie « réussie », car, bien souvent, même dans le cas de familles à transactions violentes, les ruptures de lien ne se produisent que très rarement. Il reste donc indispensable de ne pas nier l'attachement du patient à sa famille, et donc de prendre en considération le contexte relationnel dans lequel il se situe, dans le temps qui précède ses contacts avec les équipes soignantes, mais aussi dans le temps qui fera suite à la mise en place d'interventions thérapeutiques.
D'autre part, les procédures d'hospitalisation ou de soins sous contrainte (HDT) impliquent de fait la famille. Ce type de décision peut amener la famille à se sentir coupable de délaisser son proche à un environnement qu'elle évalue souvent comme difficile, voire mauvais, du fait, notamment, des représentations anciennes de l'hôpital psychiatrique. Elle peut se sentir en échec dans sa tentative d'aider son proche et ainsi prendre un certain temps, hésiter longuement, avant de se décider à faire la demande d'hospitalisation ou à prendre contact avec les services de soin.
Notre attention peut également se porter sur la question de la protection des liens familiaux, des enjeux induits par l'hospitalisation sous contrainte.
Rencontrer la famille, échanger, permettent d'humaniser les rapports, de diminuer ce contexte de méfiance réciproque, de se rassurer mutuellement. Il s'agit, en fait, d'éviter le clivage, de favoriser la transmission et l'échange d'informations, de sortir d'un fonctionnement opaque, hermétique. Cela revient à tenter de se différencier du fonctionnement de la pathologie. Il s'agira de veiller à la mise en mots et à l'explicitation du sens de ce type de démarche au patient et à sa famille, l'idée étant, en partie, de contribuer à diminuer le sentiment de méfiance réciproque, mais aussi de poser les premiers pas d'un partenariat le plus sécure possible pour le patient et sa famille.



### Sortir du « cryptage »

De plus, se donner la possibilité d'échanger avec la famille peut s'avérer une aide précieuse pour le soignant aux prises avec le langage crypté de la pathologie psychique, en particulier celui de la psychose.
Prendre en compte, notamment, le contexte familial peut lui permettre d'appréhender les symptômes avec des ressources supplémentaires. La prise en compte du contexte d'apparition des troubles permet parfois d'en dégager un sens, une possibilité de compréhension différente, introduisant quelques éléments d'une cohérence et d'une clarté absentes dans un premier temps.
L'élargissement du regard de l'intervenant à l'ensemble du contexte qui entoure le patient, ce que Jean-Claude Benoît appelle l'« *expérience écosystémique* », constituera ainsi un moyen possible de dépasser les aspects les plus obscurs des états psychotiques (Benoît, 2006).

### Atténuer l'épuisement des familles

D'autre part, il nous semble que solliciter la famille tout au long du processus de soin et de construction du projet de vie peut favoriser la diminution des phénomènes d'épuisement observés chez les proches des patients.
Ces familles, au moment où nous les rencontrons, sont souvent en proie à d'importants besoins de soutien, d'aide, tout autant qu'elles se mobilisent pour se défendre, se protéger d'un regard culpabilisant et disqualifiant.
Confrontées à l'aggravation des difficultés de leurs proches, elles sont pleines d'inquiétudes et d'attentes vis-à-vis des soignants, elles cherchent parfois à comprendre, demandent à être guidées, rassurées.
Entendre ces attentes, reconnaître leur place et leur engagement, tout autant que leurs difficultés, me semblent pouvoir participer à diminuer ce sentiment de fatigue, d'épuisement, qui les guette ou avec lequel elles composent depuis parfois longtemps.
D'autre part, le fait de les inclure dans les discussions qui précèdent les décisions futures les concernant et de les accompagner dans la définition de leur engagement envers leurs proches peut également permettre d'accroître leur sentiment d'être soutenues et d'avoir un minimum de contrôle sur la suite de la vie familiale.

## MISE EN PLACE DU CADRE DE CE PARTENARIAT

Ce partenariat reste complexe à définir, du fait, notamment, des divers modes d'expression de la maladie psychique et des différents types de relation familiale.
Une attention toute particulière doit être portée à la définition du cadre qui permettra d'élaborer cette relation de partenariat. La dynamique de coconstruction de ce cadre par le patient, sa famille et les soignants, permettra d'aller dans le sens d'une mise en commun des compétences de chacun vers un objectif défini ensemble et communément partagé.
Travailler avec la famille ne s'inscrit pas nécessairement dans un cadre de thérapie familiale. On pourrait même ajouter qu'il s'agit là d'une modalité parmi beaucoup d'autres possibles. D'autres apparaissent parfois plus accessibles à ce que les familles attendent, à ce vers quoi elles souhaitent s'engager, et s'avèrent, en outre, plus compatibles avec le travail réalisé quotidiennement dans ce type d'institution.
La mise en place du cadre qui permettra la rencontre du patient, de sa famille et de ses référents soignants, médicaux et, parfois, sociaux, devra tenir compte de plusieurs niveaux de réflexion, se situant ainsi dans la logique des théories systémiques complexes. Elle sera attentive à la « *complexité des procédures de modélisation, à la complexité des situations cliniques, à la complexité de l'organisation des soins et des actions thérapeutiques* » (Miermont, 2001) et, j'ajouterai, à la complexité des organisations et situations familiales.

• *Le type de pathologie ou de troubles présentés par le patient*

Les services de psychiatrie adulte accueillent des patients présentant des pathologies, des symptômes très divers, et ce, à différentes étapes, à différents moments de l'expression de cette pathologie.
Le type de symptomatologie est une variable indispensable à prendre en compte si l'on souhaite favoriser des rencontres sécures pour le patient et pour la famille. Il ne s'agit pas d'imposer à tout prix des liens avec la famille, mais →

bien de garder en tête la possibilité de ces rencontres, afin de donner les moyens aux patients et à leurs familles de s'y préparer et d'utiliser ces moments comme supports des projets qui seront construits avec eux.
À ce titre, le patient doit être accessible à ce qui sera dit lors de ce temps.
• *Le moment dans lequel se situe la rencontre avec la famille (début de la prise en charge, période de crise, période précédant l'hospitalisation, moment de la sortie du patient)*
L'objet de la rencontre doit être cohérent avec le temps dans lequel elle se situe. Il s'agit de contextualiser la mise en relation, afin d'accentuer l'ancrage dans le présent.
• *Les types de lien de parenté (parent, fratrie, conjoint, enfant…)*
Lorsque l'on pense « famille », on pense souvent aux parents. Or sont également concernés les conjoints, mais aussi les enfants.
Ces différences guident le contenu de nos interventions et participent à la définition des objectifs de ce type d'entretien. S'agissant des enfants, il nous semble essentiel de préciser l'importance de se donner la possibilité de les rencontrer quand un de leurs parents est en souffrance, notamment du fait de ce que nous savons aujourd'hui des risques de parentification des enfants dans de telles situations. Il s'agit là de répondre à une mission de prévention.
• *Le niveau d'engagement de la famille envers son proche*
Nous souhaitons ajouter une précision concernant le respect à apporter au choix et aux décisions de la famille quant à l'engagement qu'elle peut et qu'elle souhaite avoir dans l'accompagnement de son proche. Il va de soi qu'il ne s'agit pas de forcer la main aux familles qui souhaitent prendre de la distance avec leur proche. Toutefois, nous gardons en tête que les difficultés psychiques s'inscrivent souvent dans la durée, et que les choix d'aujourd'hui ne seront pas forcément ceux de demain ; en conséquence, prendre soin des contacts du présent peut contribuer à favoriser ceux du futur.
• *Le souhait du patient*
Enfin, une précision importante concerne le fait que les contacts avec la famille doivent s'envisager avec l'accord du patient suivi.
Il est indispensable de préserver l'espace individuel du patient, de ne pas se laisser entraîner dans des alliances avec la famille contre le patient. Une attention particulière doit être portée aux transmissions des messages de l'équipe vers les proches des patients. Il s'agira, quand cela est possible, d'impliquer le patient dans ces rencontres, ces contacts familiaux. Sinon, le risque est fort de renforcer le contexte de méfiance réciproque et d'envoyer un message du type : « *On ne peut pas parler avec lui.* » Or, favoriser des espaces de discussion avec la famille, mais aussi entre la famille et le patient, peut leur permettre de venir vérifier qu'il est possible d'échanger.
Respecter les espaces de soin du patient, ce qu'il souhaite partager de ces moments avec les membres de sa famille, ne pas se substituer à son discours, permettront, dans le même temps, de travailler les possibilités de dialogue, d'expression de ses ressentis et de ses émotions au sein de sa famille.
Il est donc consulté, associé aux contacts de l'équipe avec sa famille. L'idée étant d'éviter la mise en place d'alliances « pathogènes » et de permettre de contribuer au sentiment d'être acteur des décisions le concernant.
Dans le cas où le type de pathologie, où le type de relations entre le patient et sa famille ne permettent pas que cette rencontre ait lieu, le patient reste à être considéré aussi comme un fils, une fille, un père, une mère ou un conjoint. De fait, le lien entre le soin et la famille persiste. La question des relations familiales et de son vécu est donc toujours à considérer, y compris dans le cadre d'un travail plus individuel.

## POUR CONCLURE

Le fait de « travailler avec » la famille peut contribuer, pour une grande part, au « travailler pour », en ce sens que la coconstruction d'une ambiance de partenariat favorisera, d'une part, la mise en place de projets cohérents pour le patient, et, d'autre part, permettra de combattre les forts sentiments de rejet, de manque de soutien informatif et soignant, ressentis parfois par les familles et pouvant être à l'origine d'un processus d'épuisement, probablement délétère pour chacun des membres de la famille, y compris pour le patient.
Nous avons pu constater combien cette ouverture du milieu soignant à l'ensemble du contexte qui entoure le patient permet la construction de projets plus cohérents, et donc plus viables pour les patients et leurs familles. Dans le même temps, nous observons comment cela contribue à faire évoluer les représentations de l'institution que s'en font les patients et leurs familles. Il semble plus aisé de reprendre contact quand le besoin s'en fait sentir, comme si la perception de l'hôpital avait pu se transformer et passer de « la solution de dernier recours » qu'on évite le plus possible à une ressource supplémentaire, un soutien à la disposition des familles tout autant que des patients.
Ce travail avec les familles se définit et se redéfinit sans cesse. Chaque nouvelle situation nous oblige à repenser le contenu et le cadre de nos interventions, exigeant des thérapeutes un engagement certain, ainsi qu'une aptitude à pouvoir remettre en question, moduler nos choix, nos méthodes et nos habitudes de travail en fonction de ce que ces familles nous apprennent à chacune de nos rencontres.

# DOSSIER

## Patient et famille en psychiatrie. L'approche systémique



Liliane Brun
Infirmière en psychiatrie
Thérapeute familiale
Formatrice à l'Ides

# Prise en charge des suicidants et de leur entourage

**Comment accompagner la personne suicidante et son entourage dans les suites immédiates de sa tentative de suicide, à l'hôpital et après sa sortie ? Tel a été l'enjeu d'une réflexion menée par un groupe de thérapeutes familiaux d'orientation systémique vers l'élaboration d'un protocole.**

C'est au début des années 1990 qu'un groupe de réflexion de thérapeutes familiaux d'orientation systémique, composé de psychiatres, d'infirmiers, de psychologues et d'assistants sociaux, a vu le jour en Charente-Maritime, afin de répondre à une préoccupation commune : quelle prise en charge proposer aux suicidants qu'ils pouvaient être amenés à rencontrer dans leurs missions de psychiatrie de liaison, lorsque ceux-ci étaient adressés à l'hôpital général ? De cette réflexion a pu émaner l'élaboration d'un protocole d'entretiens avec les suicidants et leur entourage. C'est ici de l'expérience royannaise, à laquelle j'ai participé, dont je vais témoigner.

### QUELS CONSTATS ?

La mortalité suicidaire, en France, dépasse les dix mille décès par an, et on compte près de deux cent mille tentatives de suicides donnant lieu, chaque année, à un contact avec le système de soins *. Le taux de récidive dans les tentatives de suicide est important. Avec ces chiffres, la France se place dans le peloton de tête européen pour la mortalité suicidaire.
Quand une personne fait une tentative de suicide et est conduite aux urgences, elle bénéficie d'un entretien avec un psychiatre ou avec un infirmier spécialisé. Bien souvent, l'expérience montre qu'il n'y a pas de demande exprimée et que l'hospitalisation est de courte durée, notamment lorsqu'une surveillance somatique n'est pas nécessaire. Ainsi, beaucoup de patients retournent à leur domicile le jour même. Une très faible minorité justifie d'une hospitalisation en psychiatrie. Certains nécessitent un séjour en réanimation.
Quand un état dépressif est diagnostiqué, une hospitalisation dans un service de médecine peut être préconisée pour la mise en place d'un traitement. Les soignants des services de médecine redoutent ces patients, craignant un suicide dans leur service, faute de moyens pour une surveillance qu'ils jugent nécessaire.
Les familles se trouvent parfois dans la salle d'attente et peuvent être reçues à leur demande. Mais, la plupart du temps, elles ne sont pas vues et, comme, bien souvent, elles ont un peu honte de ce qu'elles n'ont pas pu empêcher, elles ne demandent rien. Les médecins traitants, qui sont couramment les prescripteurs des produits utilisés (le moyen majoritaire de la tentative de suicide étant largement celui des médicaments), n'en sont pas toujours informés, en particulier quand le passage à l'hôpital est rapide.
On sait qu'il n'y a pas de bénignes et de graves tentatives de suicide : il arrive qu'un décès par suicide ait été précédé d'une ou de plusieurs tentatives avec peu de comprimés et qui laissent penser, après-coup, qu'une alerte n'a pas été entendue.
Quand un rendez-vous est donné au patient après sa sortie, il est rare qu'il s'y rende. Il semble qu'un tabou lié à →

**Note**

* Chiffres Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

→ la lourde histoire du suicide dans les siècles qui nous ont précédés demeure : les suicidés et leurs familles, jusque dans le courant du XXe siècle, ont été l'objet d'une réprobation et d'une mise au ban de la société.
Notre groupe de travail partira de ces constats pour réfléchir à la mise en place d'un protocole de rencontre avec les suicidants reçus à l'hôpital général et avec leurs proches. Un objectif à la fois simple et ambitieux : éviter la répétition des tentatives de suicide et, bien entendu, éviter les suicides aboutis, faire de la prévention auprès des proches, car on sait qu'il existe « des familles à suicide », c'est-à-dire où le suicide semble appartenir à la culture familiale en tant que solution face aux difficultés. On rencontre aussi des familles où la parole semble si difficile à circuler que la tentative de suicide devient un mode d'expression privilégié.

## NOS POINTS DE RÉFÉRENCE

• L'étude sociologique publiée en 1897 par Émile Durkheim, dans son livre, *Le Suicide*. Il postule que le suicide est un fait social à part entière qui ne peut se réduire au seul fait individuel. Il conclut : « *Le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie un individu.* » Il fait la proposition suivante : il existe différentes formes de suicide qui ont en commun d'être liées à l'entourage de l'individu.
• L'apparition, en France, dans les années 1980-1990, d'entretiens à l'attention de suicidants et de leur entourage par les équipes de l'hôpital de Poissy (78) ou encore de Villeneuve-Saint-Georges (94), par exemple.
• L'ouvrage de Guy Ausloos, *La Compétence des familles* (1995), et notamment son sixième chapitre : « Du chaos suicidaire à la compétence des familles ». Il y raconte comment, étant psychiatre dans un service d'urgence d'Amérique du Nord, il mobilise les familles en établissant une relation de partenariat entre patient, famille et psychiatre autour de la question : « Qu'est-ce qui peut garantir qu'il ne va pas recommencer ? » Il observe que c'est autour de cette question qu'une dynamique s'enclenche, le thérapeute étant à la place de celui qui active le processus qui permettra que des blocages communicationnels se lèvent. Familles et patients se voient ainsi restituer une compétence que le geste suicidaire avait disqualifiée.
• Le livre de Robert Neuburger, *Le Mythe familial* (1995). Il consacre, lui aussi, un chapitre à la question du suicidant et à son environnement, en faisant l'hypothèse que le suicide est toujours lié à un sentiment de désappartenance et qu'un des grands effets de l'entretien précoce d'un suicidant avec ses proches est de le réinscrire dans une appartenance structurante quand il constate la mobilisation autour de lui. Pour cet auteur, l'objet du travail sera donc de repérer et de mobiliser les liens sur lesquels il est possible de s'appuyer.
• Nous sommes également guidés par le principe de base des théories systémiques : un système est un ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telles que si l'une d'elles est modifiée, les autres le seront aussi ; ainsi, c'est tout l'ensemble qui en sera transformé. Les systèmes humains sont toujours à la recherche d'un équilibre (homéostasie) et tout changement les menace. Mais les systèmes familiaux évoluent dans le temps, et les individus qui les composent changent. Les systèmes familiaux sont donc confrontés à la dure nécessité paradoxale d'évoluer, tout en assurant leur permanence et le maintien de leur identité. Les périodes d'homéostasie sont ainsi articulées par des périodes de crise qui sont des moments de réaménagement des relations et de redistribution des rôles. Ces périodes de crise sont des temps de désordre générateur d'anxiété et ouvrent sur l'inconnu.
L'hypothèse que nous proposons est de regarder la tentative de suicide comme une tentative d'ouverture d'une crise qui n'arrive pas à se déclencher pour des raisons liées à l'histoire familiale, à des conflits masqués, à d'anciennes questions non résolues où à des souffrances autour desquelles le fonctionnement du système s'est organisé. Le geste suicidaire serait alors un message que la famille s'envoie à elle-même, et la question pour nous est d'aider les suicidants




et leur entourage à décoder ce message (c'est-à-dire mettre en mots plutôt que de mettre en actes), à laisser s'ouvrir la crise et à envisager de nouvelles règles de fonctionnement qui permettront une évolution et éviteront d'avoir à nouveau recours au passage à l'acte suicidaire. Nous considérons également que l'acte suicidaire est une forme de demande dans le sens où il met la famille en contact avec le système de soins. Quand cette demande n'est pas entendue, il y a, bien sûr, un risque de suicide abouti, ou, ce que l'on rencontre parfois, des tentatives de suicide à répétition qui ont pour effet de paralyser la famille dans l'angoisse et qui viendront alors empêcher définitivement l'ouverture de la crise, réunissant, à terme, famille et soignants dans un sentiment de découragement, d'impuissance et d'incompréhension.

## LES AUTEURS DES TENTATIVES DE SUICIDE

• *Des adolescents*

Ces jeunes se trouvent à un moment de leur vie où ils sortent de l'enfance, et le projet de quitter la famille se profile alors. Ce qui frappe souvent, c'est la grande banalité de l'élément déclencheur : une déception amoureuse, une dispute au sujet d'une sortie, le refus des parents d'acheter le dernier smartphone... Des raisons qui nous paraissent bien disproportionnées par rapport au geste. L'exploration des relations familiales viendra souvent montrer comment l'adolescent est prisonnier d'un jeu relationnel, dont personne n'a conscience : des conflits latents parentaux ou transgénérationnels, des alliances cachées qui, entraînant des conflits de loyauté, sont paralysantes, des questions non réglées et appartenant généralement aux générations antérieures qui viennent empêcher le jeune de se tourner vers son avenir pour enclencher un nouveau cycle de vie et qui conduira ses parents au seuil du vieillissement.

• *Des femmes*

Nombre d'entre elles sont âgées entre trente-cinq ans et cinquante-cinq ans. Elles s'interrogent sur leur couple et, bien souvent, elles n'ont jamais osé poser ouvertement certaines questions craignant les réponses et leurs possibles conséquences, notamment la rupture. La tentative de suicide les place alors dans une position d'apparente faiblesse, dont elles peuvent espérer qu'elle empêchera la mort du couple en plaçant leur propre mort dans la balance.

• *Des personnes âgées*

Il s'agit de personnes isolées, veuves ou veufs, qui, n'arrivant plus à assumer les tâches et les contraintes de la vie quotidienne, peuvent se sentir abandonnées par leurs enfants qui vivent loin, happés par leur propre vie. Honteuses d'une déchéance qu'elles sentent venir, elles n'ont pas su demander ou organiser une aide qui viendrait compenser une vulnérabilité qui ne peut être que grandissante.

• D'autres encore, de tous âges, de toutes conditions, qui supportent une situation qui, souvent, dure depuis bien longtemps, ou des contextes de maltraitance, d'abus, de harcèlement, parfois une situation professionnelle dans laquelle ils se sentent humiliés, non reconnus, traités comme des pions...

• Des patients souffrant de maladies psychiques : états dépressifs, conduites addictives, psychoses...

## UN APPEL AU CHANGEMENT

La tentative de suicide vient toujours signifier un « *je n'en peux plus* ». Bien souvent, ce que la personne veut tuer en se tuant, c'est un mode de vie, souhaitant ainsi mettre fin à l'insupportable. Et c'est ce message de désir d'une autre vie avec un environnement plus satisfaisant qu'il nous faut alors essayer de décoder. Et sans l'aide de l'entourage, c'est impossible.

Celui qui commet un acte suicidaire amorce une bombe : aussitôt l'acte réalisé, les proches sont sous le choc. Ils savent que l'équilibre antérieur vient de se rompre. Ils savent qu'il y aura un avant (déjà caduque) et un après, pour l'instant totalement inconnu. Ce moment-là, celui qui suit immédiatement le geste, est un moment propice au travail. Dans les jours qui suivent, très rapidement, des défenses et des rationalisations se remettront en place. Il est donc essentiel d'intervenir très tôt après le geste suicidaire. →

➔ Le but est d'éviter la réorganisation des transactions qui ont conduit à l'acte.
Par son geste, celui qui a commis l'acte demande le changement et tente d'ouvrir la crise. Il s'agit alors de l'aider, avec ses proches, à réfléchir à la fois à ce qui l'a conduit à ce geste et à la façon dont les relations vont pouvoir se réorganiser, pour ne pas que cela se reproduise.

## LE PROTOCOLE D'ENTRETIEN

Notre protocole initial prévoyait de travailler toujours à deux : un médecin psychiatre, interlocuteur privilégié de la personne et qui a la mission de poser un diagnostic et d'envisager un traitement si besoin, et une infirmière formée aux entretiens familiaux systémiques, interlocutrice privilégiée de la famille et attentive à une vision globale de la situation. Ce dispositif permet aussi de se relayer, de se soutenir dans les situations à fort impact émotionnel et, bien entendu, d'être à deux pour réfléchir.
Nous avons souvent fonctionné ainsi, mais c'est un luxe ! et nous sommes souvent contraints de travailler seuls.
Un premier entretien individuel avec le patient, au plus près de son arrivée et dès que son état le permet, est préconisé. C'est un moment particulier pour mettre des mots sur l'acte.
• Explorer précisément ce qui s'est passé autour de l'acte : Où ? À quel moment ? Y avait-il des gens présents ou à proximité ? Sait-il qui a appelé les secours ?
• Avance-t-il un motif déclencheur de son acte ?
• Est-ce une première tentative de suicide ? S'il y en a eu d'autres, quand était-ce et que s'est-il passé ? Quelles ont été les ressources à l'époque ? En quoi ces ressources ont-elles changé ?
• Le moyen de la tentative de suicide : qu'il s'agisse de médicaments ou d'une arme, à qui appartenaient-ils ? Les questions relatives au lieu et au propriétaire du « moyen » utilisé fournissent souvent une indication sur le principal destinataire du message contenu dans la tentative de suicide.
• Essayer de repérer les différents pôles d'appartenance de la personne : Avec qui vit-elle ? Qui compte pour elle (sur les plans familial, professionnel, amical...) ? Qui aura été surpris par son geste et qui s'y attendait peut-être ? Parfois, des suicidants supposent que leur disparition aurait été un soulagement pour certains de leurs proches. Ces questions autour des appartenances permettent de commencer à se faire une idée de l'environnement : Est-on face à quelqu'un de tout à fait isolé ou face à quelqu'un qui, plongé dans sa détresse, n'arrivait plus à voir son entourage ?
• Y a-t-il eu des décès par suicide dans la famille ou des tentatives connues et quelles ont été les réactions et les conséquences autour de ces événements ?
C'est à l'issue de cette conversation, que la liste de ceux qu'il sera important d'inviter à un entretien d'entourage va se dessiner. Il va être alors possible de proposer une rencontre aux proches. Bien sûr, à ceux qui vivent sous le même toit que le patient et à ceux que le geste concerne de près.
Dans les questions de couple, on se limitera, au moins dans un premier temps, à voir ensemble les conjoints.
Si le patient se sent capable de les contacter lui-même pour les convier à cet entretien – même si nous sommes présents à ses côtés –, c'est un premier pas, car il se place ainsi dans la position du demandeur dans laquelle son acte l'a mis.
S'il ne s'en sent pas capable, il est possible de le faire en sa présence. Quand nous avons un proche au téléphone, il est bien souvent nécessaire, dans un premier temps, de désamorcer le sentiment de culpabilité et la crainte qu'il se sente mis en accusation. Pour cela, à nous de préciser d'emblée que c'est nous qui avons besoin de son aide :
« *C'est parce-que vous le (la) connaissez bien, et moi je ne le (la) connais pas que je vous appelle. Cette connaissance nous sera précieuse pour que vous nous aidiez à lui venir en aide.* »
Dès le début de l'entretien avec l'entourage, cette question est à reprendre prioritairement, par exemple sous la forme suivante : « *Il n'est pas rare que les proches de quelqu'un qui a tenté de se suicider se sentent coupables et craignent d'être jugés comme tels. Nous avons souhaité vous rencontrer non pour vous juger, mais pour que vous nous aidiez, car vous êtes les plus proches et aussi les plus touchés par ce qui se passe.* »
Une fois ce risque de malentendu levé, généralement l'émotion peut commencer à s'exprimer. Il faudrait pouvoir réaliser ce premier entretien avec le patient et ses proches au plus tard vingt-quatre heures après le geste suicidaire et, si possible, le jour même. Si le suicidant est inconscient et en réanimation, il est possible de rencontrer la famille à son chevet pour commencer une exploration précoce.
Lors de ce premier entretien avec l'entourage, on reprend les questions déjà abordées en entretien individuel. Au moment de l'entretien collectif, ces questions voient leurs réponses se nuancer et parfois même différer complètement.
Ces questions sont de trois ordres :
• *Celles qui ont à voir avec l'appartenance*
La question de la mort, à laquelle tout le monde pense et dont personne n'ose parler, doit être abordée relativement rapidement : Où seraient-ils aujourd'hui si il (elle) était mort(e) ? Que feraient-ils ? Que penseraient-ils ? Quelles questions se poseraient-ils ? On peut aller jusqu'à demander qui se serait chargé d'organiser les obsèques ou qui aurait été chargé d'annoncer la mauvaise nouvelle aux autres.
Ces questions sont utiles quand on observe une tentative de dénier ou de minimiser fortement ce qui vient de se passer,

dans une tentative souvent désespérée de repousser la crise. Ces questions introduisent alors une dramatisation qui va permettre aux émotions d'émerger et de libérer la parole. Les sentiments qui les agitent peuvent ainsi être parlés : chagrin, incompréhension, sentiment d'abandon, colère (il arrive que les proches ne s'autorisent pas à dire leur colère qui est souvent présente : la tentative de suicide est aussi une grande violence héteragressive), peur que ça recommence, culpabilité de ne pas avoir vu, de ne pas avoir dit ce qu'on avait senti…

On accordera une attention particulière à celui qui a découvert la personne en danger et qui a appelé les secours. Il pourra raconter comment il a perçu les choses et dire tout ce qui l'a traversé à ce moment précis.

Si une lettre a été rédigée, on pourra parler de son contenu et, si elle a été apportée, ce qui est courant, demander qui se sent capable de la lire à tous. Il ne s'agit nullement de culpabiliser celui qui a eu le geste suicidaire, et nous devons y veiller. Cet entretien, si nous le menons avec tact, lui montrera, au contraire, qu'il a de l'importance pour ses proches, ce que, bien souvent, sa détresse lui avait fait oublier.

**_Désamorcer le sentiment de culpabilité et la crainte d'être mis en accusation._**

• *Les questions sur le sens du message et l'interprétation que l'on peut en faire*

Avancer que la tentative de suicide est un message est une idée à laquelle les familles peuvent être réceptives, et ce, d'autant plus lorsque le geste a été accompagné d'une lettre. On peut alors demander : « *Qui a une idée sur le (ou les) destinataire(s) de ce message ? une idée de son contenu ? Comment chacun interprète-t-il ce geste ?* »

• *Et, enfin, les questions qui concernent la suite et le réaménagement des relations*

Comment imaginer la suite ? Comment les relations vont-elles être réaménagées pour ne pas reproduire cette souffrance ? Que sera-t-il possible de faire pour ne plus se retrouver dans cette situation ? Qu'est-ce que cet événement, qui aurait pu être dramatique, apprend et qu'en retiendront-ils pour que cet acte dangereux devienne un événement positif qui les aura fait avancer ?

Ce sont là les grands points, d'autres sujets, bien sûr, auront leur place : ceux qui concernent l'histoire particulière de chaque famille, les traumatismes, les secrets, les pertes… Mais ces questions entrent déjà dans un autre travail qui ne serait plus celui de la crise.

Ce premier entretien est souvent long. Le protocole initial prévoyait de proposer un deuxième entretien deux ou trois jours plus tard et un troisième après une semaine. En outre, afin de faire le point à distance de l'événement, un dernier entretien en présence du patient et de son entourage était proposé un mois après pour essayer d'évaluer les changements mis en place. Très vite, l'expérience a montré que les familles ne revenaient que rarement un mois plus tard.

Au fil du temps, nous nous sommes rendu compte que le premier entretien précoce pouvait permettre une bonne avancée quand nous avions su faire venir les bons invités et su activer le processus. Car tous ces échanges vont permettre de faire apparaître l'organisation du système familial : voir comment les rôles se répartissent ; comment la parole se distribue et est autorisée ; où sont les alliances, mais aussi les antagonismes ou les rivalités ; quel est le circuit habituel de l'information ; quelles idéologies dominent (question du mythe familial) ; et voir comment l'expression des sentiments est traitée, notamment le rapport à l'intime, les relations avec le monde extérieur… Nous obtenons ainsi une sorte de photographie de la famille, que nous lui renvoyons afin de lui permettre de mieux repérer ses besoins en même temps que ses forces et ses savoir-faire.

Quand les patients sont hospitalisés quelques jours, il est très intéressant de réunir à nouveau tout le monde, juste avant la sortie : les émotions fortes commencent à s'éloigner, des choses importantes ont pu se dire et chacun a eu le temps d'y repenser. On peut déjà entrevoir un début de réorganisation. C'est aussi à ce moment-là qu'une suite de soins peut être programmée, si la nécessité s'en fait sentir.

## HISTOIRE DE MONA

Juste avant Noël, Mona, vingt ans, est amenée au service des urgences par ses deux parents très inquiets : elle a avalé le contenu de la pharmacie familiale. Les conséquences somatiques ne justifient pas une hospitalisation. Ils sont reçus par un médecin psychiatre qui travaille seul en ces périodes de congé et qui valide un retour à domicile. Ils repartent avec un rendez-vous familial au CMP où je les reçois le lendemain de Noël.

Je reçois les deux parents, Mona et sa jeune sœur Mélanie, âgée de douze ans. Lors de ce premier contact, plusieurs choses me frappent : un niveau très élevé d'angoisse, la façon dont tout ce qui est dit par l'un d'eux est contesté par les autres, et la toute-puissance de Mona qui prétend toujours rétablir une vérité qu'elle paraît seule à détenir. J'ai beaucoup de mal à l'empêcher de prendre ma place. Elle revendique haut et fort sa tentative de suicide sur →

→ un ton de défi. J'apprends qu'elle a obtenu son bac en juin, mais qu'elle n'a aucun projet. La famille est en cours de déménagement dans une maison encore en travaux.
Le père, homme silencieux et un peu en retrait, est ébéniste et a eu un grave accident de voiture seize ans auparavant, qui a gravement endommagé sa main gauche, dont une partie a dû être amputée. Il en a gardé le sentiment d'avoir été amputé de ce qui faisait sa valeur et son identité.
La mère est institutrice, elle me semble épuisée d'angoisse, et Mélanie, jeune fille silencieuse et attentive, est en classe de cinquième.
À l'issue de ce premier entretien, je propose que nous nous rencontrions trois ou quatre fois pour réfléchir ensemble au geste de Mona, ce qui laisse entendre qu'il y a des éléments dans la famille, dont il faudrait bien parler... Le père me dit qu'il ne viendra pas, les femmes sauront bien se débrouiller sans lui. Je refuse, lui disant que sa présence est essentielle, et je crois qu'il accueille bien mon refus.
Je propose d'utiliser le jeu de l'oie systémique : la famille est invitée à placer sur un plateau les dix événements les plus importants de sa vie familiale, les événements sont explorés chronologiquement, et chacun est invité à déposer sur chacun d'eux une carte symbolisant le sens que cet événement a pour lui et qu'il choisira parmi sept cartes. La dernière étape consistera à évoquer les racines de cette histoire et son devenir.
Je choisis d'utiliser ce jeu pour plusieurs raisons : engager le père, canaliser Mona et garder ma place, utiliser des symboles pour atténuer la violence des émotions qui sont apparues lors de notre première rencontre.
Dans le panel d'événements, on trouve des événements heureux et d'autres moins. L'accident du père est posé sur le plateau, et nous en parlons longuement : pendant trois ans, il a dû subir des interventions chirurgicales qui ont été des échecs. Arrive alors un autre événement, trois ans plus tard, Mona a alors six ans : le père, qui vient de casser de la vaisselle à cause de sa main blessée, se saisit d'un fusil chargé qu'il place sous son menton. Sa femme le désarme. Mona assiste à la scène et plus personne n'en parlera. Depuis ce jour, dans un accord tacite, Mona et sa mère se relaient pour avoir toujours un œil sur le père qui est soupçonné de pouvoir recommencer. C'est un moment clé de notre travail : le père accepte d'expliquer son geste en disant que c'était un acte non prémédité, de rage et de découragement, qu'il se le reproche depuis chaque jour et qu'il ne recommencera jamais, parce qu'il pense qu'on n'a pas le droit de faire ça à ceux qui vous aiment et dont on a la charge. Il se redresse, prend une place de père et, dans les entretiens qui suivront, il ne laissera plus Mona lui dire ce qu'il doit penser. Il annonce quelque temps plus tard qu'il a consulté et qu'un traitement pour état dépressif lui a été prescrit. La tension qui régnait baisse de plusieurs crans et, quand nous terminons notre travail, l'ambiance est plus apaisée.
Quand nous nous séparons, je donne à Mona le nom d'un de mes collègues thérapeutes individuels, pensant qu'il serait peut-être bénéfique pour elle, maintenant, de réfléchir seule à la place qu'elle avait prise et qui lui avait été donnée.
J'ai appris par la suite qu'elle avait demandé une psychothérapie individuelle un an plus tard.
L'histoire de Mona et de sa famille me semble être assez représentative de la façon dont une famille peut distribuer ses rôles et organiser ses relations autour de la souffrance et de l'angoisse.

## EN CONCLUSION

Ainsi notre travail aura permis d'approcher quelques-unes de ces souffrances, et de faire réfléchir sur cette tentative de suicide qui, plutôt que d'être un moyen de trouver la mort, aura été un moyen de dépasser cette souffrance et d'inaugurer un nouveau cycle de vie.
Après plusieurs années, cette façon d'aborder la tentative de suicide me paraît constructive. Il faut y mettre beaucoup d'énergie, de temps, et aborder les familles avec bienveillance et empathie. Cette façon de faire nous laisse moins démunis et nous donne parfois le sentiment d'avoir aidé des familles à avancer.

# Penser un groupe multifamilial en psychiatrie adulte


Léa Zanouy
Psychologue clinicienne
Thérapeute familiale


Katia M'bailara
Psychologue clinicienne
Thérapeute familiale
Maître de conférences des universités


Isabelle Minois
Psychologue clinicienne

**Échanger avec des familles ou des patients confrontés à une même problématique ou une situation similaire rompt l'isolement et permet de mieux comprendre la pathologie ou les réactions qu'elles entraînent. La mise en place d'un groupe multifamilial dans un service d'admission en psychiatrie en démontre ici toutes les potentialités.**

Les familles voient les symptômes psychiatriques de leur proche émerger, se déployer et, parfois même, dépasser la dose acceptable en termes de souffrance ou de dangerosité. Le relais vers une structure de soin en psychiatrie peut alors s'avérer nécessaire. Pour autant, elles ne sont pas moins concernées par la maladie de leur proche.
Les membres de la famille peuvent être inquiets, angoissés, épuisés, perdus. Face à des temps d'hospitalisation qui sont de plus en plus courts dans les services d'admission en psychiatrie (deux à trois semaines en moyenne), leur capacité d'ajustement est mise à rude épreuve. Ainsi, il n'est pas rare de constater que les familles sont demandeuses, de manière directe ou indirecte, d'intervention thérapeutique. Elles peuvent, par exemple, être en recherche d'informations ou d'éclaircissements face à l'incompréhension suscitée par la maladie de leur proche ou le contexte de son hospitalisation ; elles peuvent également être en demande d'un soutien, d'un espace de parole et exprimer le désir d'être reçues en entretien par un membre de l'équipe, ou encore se tourner vers des associations d'usagers comme l'Unafam. D'autres fois, l'équipe a affaire à leurs revendications ou à leur colère (colère contre un changement de traitement pharmacologique, colère face à un refus de visite) ou, de manière plus générale, à des attitudes envahissantes, qu'il semble important de considérer comme un appel à l'aide et une demande indirecte adressée à l'équipe. Face à la culpabilité qu'a pu engendrer une hospitalisation sous contrainte chez un proche, l'entourage peut également être en demande de conseil ou de médiation, afin de faciliter la communication avec le patient. Aussi, il semble capital de prendre en compte les familles dans la prise en charge, et ce, dès – ou rapidement après – le temps d'« urgence » que représente l'hospitalisation.
Du côté des équipes, il peut être compliqué de savoir quelle position tenir, de savoir trouver sa place entre les familles et les patients (voire entre les médecins et les familles). Les soignants peuvent osciller entre des attitudes d'alliance et de mise à distance vis-à-vis des proches. La mise à distance peut d'ailleurs être soutenue par la crainte de ne pas préserver la confidentialité à laquelle nous sommes tenus vis-à-vis du soigné. Du côté des familles, les propos ou l'attitude de l'équipe peuvent tantôt être vécus comme une main tendue vers un espace de coopération, tantôt être reçus comme une critique implicite de leur fonctionnement. C'est un contexte qui peut favoriser l'escalade symétrique. Cette notion renvoie à toute attitude de l'un qui pousse l'autre à réagir dans le même sens, chacun cherchant à imposer sa position à l'autre, dans un mouvement de surenchère qui entraîne souvent une lutte de plus en plus dure. Prenons l'exemple d'une mère qui vient rendre visite à sa fille, qui présente des troubles du comportement alimentaire de type anorexie restrictive. →

Elle cherche à expliquer les préférences alimentaires de sa fille à une équipe soignante, afin qu'ils accompagnent mieux la patiente. Cette équipe répond sur le mode du régime mis en place avec l'aide de la diététicienne dans le but d'informer la mère sur l'importance de l'équilibre nutritionnel pour la santé de sa fille. Ainsi, ne se sentant ni entendue ni comprise, la mère peut en venir à apporter en cachette les aliments préférés de sa fille pour l'aider à manger, et donc à aller mieux. L'équipe peut alors réagir en limitant, voire en interdisant, les visites de la mère pour mieux contrôler les prises alimentaires de la jeune fille et pour mieux la prendre en charge.

Sous couvert d'aider le patient, une escalade symétrique entre une famille et les soignants ne se termine que par la victoire de l'un sur l'autre (avec risque de ressentiment ou de perte d'alliance thérapeutique) ou par l'éclatement de la relation et la séparation (schismogenèse symétrique). Ce concept d'escalade symétrique éclaire souvent les situations bloquées de communication dans lesquelles se retrouvent enfermés familles, soignants et patients.

Face à ces constats, le personnel soignant du service de psychiatrie adulte dans lequel nous travaillons a pour souci d'intégrer la famille dans le processus de soin. Ainsi, les médecins psychiatres et-ou les psychologues proposent des rendez-vous ponctuels avec les familles et, si possible, les infirmiers diplômés d'État du service. Ces rencontres ne sont pas systématisées et peuvent répondre à une demande tant des patients que des familles ou des soignants. Par ailleurs, certaines familles sont adressées en thérapie familiale avec un psychologue, psychothérapeute familial du service ou en libéral. Mais, de manière générale, les soins restent encore majoritairement centrés sur la pathologie du patient.

Pourtant, les familles passent par les mêmes processus d'adaptation à la maladie que les patients : déni, colère, ambivalence et anxiété (Goodwin et Jamison, 2007). Cela pose la question de l'importance de la conscience familiale du trouble dans la prise en charge du patient. Au-delà de l'acceptation du diagnostic, les troubles psychiatriques sont associés à des dommages quotidiens au niveau familial. Maria Reinares et Édouard Vieta (2004) décrivent aussi bien des dommages objectifs que des dommages subjectifs. Les premiers concernent la gestion du quotidien, les tensions intrafamiliales, la réduction des relations sociales, le ralentissement de l'évolution de carrière, les problèmes financiers et les conséquences sur la fratrie. Les seconds concernent le stress plus ou moins chronique par peur des rechutes ou des troubles du comportement. L'attitude de la famille peut, en retour, avoir des conséquences sur le déclenchement et l'évolution de la pathologie. Le trouble et ses manifestations ont donc une influence sur la famille, et la famille, en retour, a une influence sur l'évolution du trouble (M'bailara et Henry, 2007).

Lieu de déploiement de la psychopathologie du patient, les familles sont donc une clé importante pour en comprendre le sens. Ayant le sentiment de ne pas assez saisir ce sens, nous nous sommes posé la question de la place à donner aux familles face à la décompensation psychiatrique d'un proche, dans le contexte d'une unité d'admission dont la durée moyenne de séjour est relativement courte. Nous avons réfléchi à la manière d'impliquer et d'accompagner davantage les familles pendant et autour du temps de l'hospitalisation, sans que cela soit reçu comme une critique implicite de leur fonctionnement. Nous avons réfléchi aux dispositifs existants pour lire ensemble (équipe, patients, familles) une situation de souffrance et travailler en alliance sans que chacun puisse avoir l'impression que nous, soignants, sommes dans une position de jugement ou d'« arbitrage ». Nous avons réfléchi à ce qu'il y avait de commun chez ces familles au fonctionnement si hétérogène, confrontées à des psychopathologies diverses, aux attentes et aux besoins variés. Le fil conducteur nous est apparu être l'hospitalisation en psychiatrie : sa gestion, son vécu, sa place dans l'économie psychique de chacun des membres de la famille. Si l'hospitalisation peut être entendue comme remplissant la fonction particulière d'homéostat de la situation familiale, elle peut être le lieu idéal pour un travail systémique. C'est alors que nous avons proposé la mise en place d'un nouveau dispositif de prise en charge des patients dans leur famille, au sein de l'unité de soin : le groupe multifamilial.

## QU'EST-CE QU'UN GROUPE MULTIFAMILIAL ?

### Définition et particularités

Le groupe multifamilial (GMF) consiste à regrouper ensemble plusieurs familles et patients autour d'une même problématique (pas nécessairement autour d'une même pathologie) ou situation (Laqueur, 1979 ; Cook-Darzens, 2007). L'idée est de créer une « communauté thérapeutique », afin de permettre à chacun d'utiliser la trame sociale pour penser différemment, se sentir soutenu, entouré, et susciter des changements dans les interactions. Une place prépondérante est laissée au partage d'expériences et à celui de l'apprentissage émotionnel. Les familles partagent « *leurs difficultés, mais aussi des modèles et des suggestions pour la résolution de ces problèmes* » (Laqueur, 1979). Le GMF est en lui-même un modèle de communication et de solidarité qui peut être utilisé ensuite pour gérer les difficultés familiales. Il doit également permettre de faire accepter qu'il existe différentes optiques possibles pour un même phénomène. La thérapie « multifamiliale », terme créé par Carl Wells

en 1963, est un soutien à la communication intrafamiliale. Au-delà d'un simple repérage des dysfonctionnements de la communication entre les familles, elle accompagne les familles vers la découverte des ressources de leur propre système, vers la reconquête d'un sentiment de compétence (souvent mis à mal). Ce dispositif s'intègre dans la « gamme » des thérapies familiales.

Les thérapeutes s'engagent à faire régner « *un sentiment de liberté pour que les membres du groupe puissent s'exprimer* » (Laqueur, 1979). Ils cherchent à faire apparaître les émotions et les sentiments cachés, ils conduisent le groupe à « *sortir des systèmes spécifiques de valeur et des problèmes d'ordre moral ou social pour entrer dans le domaine plus profond des relations émotionnelles* » (Laqueur, 1979). Ils accompagnent les familles à voir, croire, agir différemment, en commençant par faire « *comme si* » (La Belle, 2007) dans le sens où le groupe permet la mise en jeu des problématiques familiales et permet de vivre en séance d'autres manières de les vivre, d'y penser, d'y faire face et donc d'y réagir. Le GMF favorise « *le changement à trois niveaux : de la perception, de l'attitude et de l'action en ciblant les ressources disponibles des personnes et pas seulement des déficits, des manques, des failles et des pathologies* » (La Belle, 2007).

Le patient désigné et la famille ont un rôle à jouer dans le changement. Ils se retrouvent compétents (Ausloos, 1995), en ce sens qu'ils puisent dans des ressources familiales jusqu'alors non utilisées ou mal utilisées. La fonction du thérapeute réside dans l'invitation à mettre en jeu son système ; la capacité de jouer, telle que la décrit Donald W. Winnicott, est une invitation à la capacité créatrice, en ce sens qu'elle ouvre une porte vers la possibilité de jouer les difficultés de communication autrement, de trouver d'autres issues aux conflits, d'exprimer ce qui, habituellement, ne peut se dire. La conscientisation de son propre vécu est accueillie par le groupe qui participe à l'expression du vécu, à sa mise en sens.

La notion de groupe, chère à René Kaës, permet une dynamique d'une richesse clinique sans égal. Le groupe multifamilial a des potentialités que la thérapie individuelle et que les groupes restreints n'ont pas. Le groupe comme un microsome où se jouent dans l'ici et maintenant la dynamique familiale, les difficultés communicationnelles et les conflits générationnels (Ostroff *et al.*, 2004). Ainsi, le contexte de groupe montre les similitudes entre les expériences vécues et, surtout, les difficultés ressenties face à la maladie. La notion de partage d'expériences a pour objectif de ne plus considérer son propre vécu comme « *unique, monolithique, immuable et irréversible* » (Garcia-Badaracco, 2003). Le groupe permet de rompre l'isolement et de diminuer la souffrance et la détresse, souvent incommunicables à autrui. Cela n'est possible que par la place donnée au respect du fonctionnement de chaque famille, et des solutions qu'elles ont déjà tentées pour faire face à leurs problèmes. Ainsi, « *le contexte multifamilial vise à garantir à chacun un épanouissement émotionnel direct qui offrira la possibilité de penser par soi-même* » (Garcia-Badaracco, 2003). Les affects négatifs se diluent dans le groupe (Cook-Darzens, 2007). Selon le principe d'équifinalité qui pose que le tout est plus que la somme des parties, ce qui émerge du groupe n'est possible que parce qu'il y a « groupe ». Ainsi, notre expérience nous a montré que des thématiques non abordées par les différents membres d'une famille avaient pu émerger au sein du GMF, alors qu'ils n'avaient pu être exprimés ni lors des entretiens individuels ni lors des entretiens familiaux. Alors même que les personnes viennent au groupe en se disant qu'elles auront des difficultés à s'exprimer devant d'autres familles, c'est finalement l'inverse qui se produit, et les groupes accueillent fréquemment des « révélations familiales », des « non-dits », voire des secrets de famille. Prenons l'exemple de cette mère qui a révélé devant sa fille hospitalisée et sa petite-fille que sa propre mère s'était suicidée et était atteinte du même trouble que celui diagnostiqué chez sa fille. Alors même que la recherche d'antécédents familiaux avait été faite au cours de cette hospitalisation, et de la précédente, auprès de la patiente et auprès de la mère, cette information n'avait jamais été livrée.



### Les processus à l'œuvre

*Les avantages de la rencontre du patient dans sa famille*

Le groupe élargi et la multiplicité des intervenants (pluridisciplinarité) permettent d'expérimenter la complexité, qui est aussi celle de la vie familiale. Cela permet progressivement de s'éloigner de positions d'arbitrage et de la désignation d'un coupable. Les interventions et l'attitude des animateurs comptent beaucoup, bien évidemment, dans cette expérience. Les coalitions et interrelations se rejouent et apparaissent avec plus de clarté dans les GMF. Les caractéristiques propres aux familles apparaissent plus nettement, le groupe permettant une réactualisation des jeux pathogènes. Le rôle fixe de chacun des membres d'une famille (le malade et les « sains »), tellement difficile à modifier en thérapie familiale, est rendu plus visible dans le dispositif multifamilial. Une fois repérés (métacommunication), ces « jeux relationnels » pourront s'assouplir dans le groupe grâce à l'apport de tous les intervenants. Au fur et à mesure, les participants peuvent se détacher des réseaux d'interdépendance pathogène dans lesquels ils étaient pris. En effet, dans le contexte multifamilial, le pouvoir « pathogène » des proches peut être réduit ou annulé par les facteurs positifs des autres présences dans le groupe. Par ce travail, les familles retrouvent un rôle actif et se trouvent revalorisées...

*Les avantages du groupe de pairs*

Les membres du groupe multifamilial passent par plusieurs étapes successives, dont la durée varie d'une personne à l'autre (Laqueur, 1979). Dans un tout premier temps, tout un chacun peut avoir un vécu sur le mode de l'anxiété (à parler de soi, à parler devant les autres, à écouter les membres de sa famille, à entendre les souffrances des autres...). Pour certains, cette phase peut s'accompagner de sensations de confusion en lien avec l'intégration d'un grand groupe, avec l'hétérogénéité des problématiques ou avec l'intensité des émotions partagées au sein du groupe. Généralement, aussi, les personnes envisagent de façon très vague l'impact de leur propre conduite. La perception de la souffrance des autres et l'expression de sa propre souffrance donnent un premier sentiment de « soulagement émotionnel ». La phase II de résistance au changement est marquée par les hésitations, les craintes. Les personnes prennent réellement conscience que le changement ne peut et ne doit pas venir uniquement de l'autre. Par exemple, un sujet peut passer de « Pourquoi on m'abandonne tout le temps ? » à « Comment je me comporte de façon à être abandonnée ? » Cette phase dure jusqu'à ce que les changements dans les formes de réponse émotionnelle puissent advenir. Enfin, la phase III est marquée par l'ouverture et le positionnement en tant que ressource pour les autres. C'est alors que la fonction spéculaire à l'œuvre dans le groupe devient un catalyseur de l'expression véritable. Ce qui arrive à l'un peut déclencher quelque chose chez l'autre. Ainsi, plusieurs mécanismes ont été décrits pour faire écho à ce phénomène : la transmission par analogie, l'interprétation indirecte et l'identification croisée.

**Accompagner vers d'autres manières d'interagir et de communiquer.**

• *La transmission par analogie* consiste à observer des situations conflictuelles analogues à celles vécues dans sa propre famille. Elle permet de relativiser le fardeau de chacun.
• Le principe *d'interprétation indirecte* décrit le fait que le thérapeute s'adresse de manière générale en décrivant des situations que les familles s'approprient. Cette méthode est moins intrusive qu'une thérapie familiale plus classique. Ainsi, plutôt que de s'adresser directement à un patient hospitalisé sous contrainte, en notant son attitude menaçante envers son conjoint qui a signé la demande d'hospitalisation, le thérapeute peut s'adresser au groupe en soulignant qu'il n'est pas rare que l'hospitalisation sous contrainte soit associée à une nette augmentation des difficultés de communication entre le patient désigné et la personne ayant signé en faveur de l'hospitalisation.
• Enfin, le principe *d'identification croisée* décrit le fait qu'un membre de la famille comprend son propre rôle en observant les membres d'autres familles occupant la même place que lui. Ainsi, une mère de famille a pu s'identifier à un jeune homme, lorsqu'en séance il s'est excusé auprès de sa mère pour la violence de ses mots et de ses actes envers ses parents avant l'hospitalisation. La patiente, qui s'était elle-même retrouvée en position d'agressivité envers sa propre fille avant l'hospitalisation, a alors compris le poids que pouvait avoir une excuse pour celui qui la reçoit, là où elle mettait en avant le symptôme comme seule cause de sa situation, disant, avant le groupe, qu'« *on ne peut pas s'excuser d'être malade* ». La richesse de l'expérience sociale sert ainsi de socle de reconstruction.

*Les avantages du groupe élargi*

Le groupe élargi multifamilial avec plusieurs thérapeutes est un dispositif particulièrement contenant (Garcia-Badaracco, 2003), qui semble offrir une très bonne sécurité émotionnelle, malgré les craintes premières de mélanger patients et famille. Il permet une élaboration poussée de la pathologie et des interdépendances pathogènes. La dynamique y est différente de celle des groupes restreints :

le groupe élargi réduirait la crainte de faire du mal, l'expression de l'agressivité y serait plus contenue. Il y a une notion de régulation du groupe par le groupe. Par exemple, un des membres du groupe peut occuper la fonction du tiers capable de s'inclure dans les interactions pathogènes (fonction paternelle) et favoriser ainsi la désaliénation du patient désigné. Le groupe élargi ouvre une multiplicité des ressources qui peuvent être mobilisées dans l'idée d'ouvrir les espaces mentaux. Différentes cultures familiales se confrontent ; différentes manières de penser ou de ressentir aussi.

## DÉROULEMENT D'UN GROUPE ET PARTICULARITÉ DE L'ANIMATION

Au sein d'un service d'admission en psychiatrie adulte, nous avons développé un GMF. La proposition de participer au groupe peut se faire par un des médecins et-ou un membre de l'équipe soignante, mais doit être validée en équipe lors d'une réunion clinique. Il s'agit de patients pour lesquels on a pu repérer une problématique familiale. Lorsque l'équipe a validé l'indication du groupe multifamilial, et que le patient en a été informé et a donné son accord, un des animateurs contacte les familles des patients pour les inviter au groupe. Les familles à qui l'on propose le groupe sont celles des patient(e)s hospitalisé(e)s dans une unité de soin ouvert. Le diagnostic du patient hospitalisé ne joue aucun rôle dans la sélection, mais le patient doit se trouver dans un état compatible avec une sortie provisoire de l'unité. Les familles sont composées d'au moins deux générations. Peuvent être conviés : les membres de la famille « nucléaire », ceux qui vivent sous le même toit, ou encore les personnes considérées par le patient comme faisant partie de son entourage proche. En fait, la délimitation de la « famille » sera fonction de chaque situation, après discussion avec le patient. L'idée est d'« exclure » le moins possible et de répondre à la définition de la famille selon le patient et sa famille.
Du point de vue du cadre, le groupe multifamilial se déroule une fois tous les quinze jours, et chaque séance dure une heure et demie. Il est animé par trois psychologues et un infirmier du service ; des observateurs peuvent également être présents (stagiaires). Les animateurs se prévoient trente minutes de préséance, afin de préparer la séance et de définir les rôles de chacun, et trente minutes de reprise après la séance. Un temps d'échange avec le reste de l'équipe soignante permet aussi de faire lien entre les éléments cliniques exprimés au sein du service et les particularités cliniques ayant émergé au sein du groupe. La mise en commun aide à la mise en sens de la psychopathologie.

Lors de la première séance, les règles de fonctionnement du groupe sont explicitées et inscrites dans un contrat thérapeutique que les participants sont invités à signer à la fin de la première séance. Les patients et leurs familles s'engagent ainsi à participer à trois séances au minimum. Sont donc évoquées les règles de confidentialité, de respect de la parole de l'autre et du temps de parole de chacun, du non-jugement d'autrui et de la non-violence verbale et physique.

## EN CONCLUSION

Un des intérêts majeurs des groupes multifamiliaux est d'impliquer les familles dans le soin, et de les accompagner vers d'autres manières d'interagir et de communiquer.
Le contexte du groupe, animé par plusieurs thérapeutes, constitue un dispositif contenant, et qui semble offrir une bonne sécurité émotionnelle pour tous, afin de favoriser les échanges d'expériences ou de ressentis. Mettre en place un groupe multifamilial constitue un engagement dans une action qui privilégie l'intégration et le dépassement des clivages patients-familles-soignants. En effet, engager une conversation partagée ouvre des espaces mentaux et une expérience sociale reconstructrice. Notre expérience nous a permis de constater que les sentiments d'isolement, de confusion et d'impuissance, diminuent grâce au soutien mutuel, à l'entraide que s'apportent les familles. L'animation « active » et la circulation de la parole permettent aux patients et à leurs familles d'appréhender la complexité des situations plutôt que de rechercher un coupable.

# Un groupe de psycho pour les patients



Katia M'bailara
Psychologue clinicienne
Thérapeute familiale
Maître de conférences des universités



Dr Sébastien Gard
Praticien hospitalier
Centre expert bipolaire / Fondation FondaMental
CHS Charles-Perrens, Bordeaux

**La psychoéducation postule que mieux comprendre sa pathologie peut aider à mieux gérer ses troubles, et, dans cet objectif, pourrait être envisagée comme une composante thérapeutique pour les patients dont l'observance du traitement est nécessaire. Quels bénéfices offre-t-elle si elle s'intègre dans un travail de groupe multifamilial ?**

Le trouble bipolaire se caractérise par la récurrence d'épisodes de déstabilisation de l'humeur, hypomaniaques, maniaques, mixtes ou dépressifs. Cependant, la période intercritique n'est pas indemne de symptômes thymiques, les patients passant près de la moitié de leur temps à affronter des symptômes, quelle que soit leur polarité (Judd *et al.*, 2002).

Malgré la mise à disposition de multiples options pharmacologiques, la rechute reste encore trop fréquente chez les patients souffrant de troubles bipolaires de l'humeur. Nombre de facteurs de risque ont été décrits : vulnérabilité aux événements de vie (Swendsen *et al.*, 1995), vulnérabilité du cycle veille-sommeil (Sylvia *et al.*, 2012), manque de compliance (Thase, 2012). Lorsque la maladie est stabilisée et que les récidives sont absentes, une souffrance peut néanmoins persister en lien avec des symptômes résiduels ou des comorbidités, à l'origine d'une altération du fonctionnement (Sanchez-Moreno *et al.*, 2009). Il paraît donc essentiel de proposer aux patients souffrant de troubles bipolaires une approche thérapeutique complémentaire au traitement pharmacologique de première intention. Parmi ces alternatives, la psychoéducation est une option pertinente, en tant que méthode thérapeutique validée et susceptible d'améliorer l'évolution de la maladie.

## UNE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE PEU CONNUE

La psychoéducation est un mode de prise en charge qui repose sur l'information donnée au patient et à sa famille, mais aussi sur l'échange entre les participants, le but étant que chacun se sente plus « armé » face à la pathologie et plus actif dans le soin. Les patients et leurs familles se voient ainsi proposer une aide pour comprendre (la maladie, les traitements, le processus de prise en charge) et un accompagnement à leur rôle d'acteur, partenaire de santé avec les professionnels (en référence à la loi du 4 mars 2002). Au même titre que l'éducation thérapeutique du patient, reconnue depuis 2009 par la loi de réforme de l'hôpital, la psychoéducation ne peut se réduire à la dimension d'instruction et doit être envisagée comme une thérapeutique à part entière, avec son cadre et ses finalités (Foucaud *et al.*, 2010).

La psychoéducation s'applique à atteindre des objectifs, comme réduire l'intensité ou le nombre des épisodes, mais aussi le nombre d'hospitalisations. Mais des objectifs secondaires sont également poursuivis, tels que l'amélioration de la qualité de vie (gain en termes d'autonomie, de fonctionnement global et de communication intrafamiliale). Ce processus passe par un travail de prise de conscience, puis d'acceptation de la pathologie. Loin d'être évident pour bon nombre de patients, le rapport à leur pathologie est pourtant un élément clé à travailler au cours des séances. Certains ont, par exemple, un faible niveau de conscience des troubles, d'autres ont des difficultés à faire

# éducation bipolaires et leur entourage

le deuil des phases d'hypomanies (associées pour nombre d'entre eux aux notions de créativité, de levée des inhibitions et de sentiment de toute-puissance).

Le cadre général de la psychoéducation propose un nombre de séances limité (de huit à vingt et une selon les modèles) et se pratique le plus classiquement en groupe. Les indications concernent les patients ayant reçu un diagnostic de troubles bipolaires et si possible le plus proche de la normothymie (c'est-à-dire des phases décrites comme indemnes de décompensation thymique avérée : dépression, manie ou hypomanie). La normothymie favorise la bonne intégration dans le groupe et la mise au travail psychique. Par ailleurs, cette prise en charge est adjuvante à une prise en charge plus globale. Eu égard aux recommandations internationales, la psychoéducation n'a pas pour objectif de remplacer un suivi psychiatrique et un traitement pharmacologique, il s'agit bien d'un complément visant à rendre le patient acteur de sa prise en charge. Bien qu'il n'existe pas de profil type de patient, les groupes sont souvent constitués de patients ambivalents par rapport à leur diagnostic ou par rapport à leur traitement, de patients / familles dans l'anticipation anxieuse des rechutes ou encore de patients ayant un important sentiment de solitude.

À chaque séance, un thème différent est abordé. Une première partie laisse une place importante à la construction de l'alliance thérapeutique. Les règles de respect de l'autre et de confidentialité sont énoncées dès le début du groupe et sont les garants d'un cadre thérapeutique contenant. Les patients et leurs familles sont invités à dire ce qu'ils veulent dire et ce qu'ils peuvent dire au cours des séances, et ce, en fonction des thématiques abordées. Ils sont, par ailleurs, invités à accueillir la parole des autres membres du groupe. Ainsi, le groupe peut devenir le réceptacle stable des questions, vécus et souffrances des uns et des autres.

La majorité des programmes de psychoéducation débutent par des séances sur la description clinique du trouble (les généralités sur la maladie, les épisodes, la question de la vulnérabilité). Les séances suivantes accompagnent les patients et leur famille sur la question de la prévention des rechutes. Enfin, une autre série de séances s'avère plus pragmatique, centrée sur les difficultés des patients au quotidien : le traitement (pharmacologique et psychologique) et sa gestion au quotidien, la mise en œuvre de mesures urgentes destinées à endiguer l'ébauche d'un épisode, l'annonce du trouble.

## COMMENT CHOISIR SON PROGRAMME ?

Il existe quelques programmes de psychoéducation. Certains ont une orientation cognitive et comportementale claire, comme le programme de Dominic H. Lam (2001) qui comporte douze à vingt séances en pratique individuelle, ou encore le programme de Mark S. Bauer et Linda Mc Bride (2001) qui consiste en six séances éducatives et un nombre de séances supplémentaires adapté en fonction des objectifs du patient. Ces programmes débutent par une phase éducative, puis continuent avec une phase centrée sur des objectifs individuels. Un programme, non traduit à ce jour en français, est spécialement adapté pour les familles (Miklowitz, Goldstein, 1997).

Le programme de l'équipe de Barcelone reste aujourd'hui celui qui a donné lieu au plus grand nombre de validations scientifiques (Colom et Vieta, 2008). Il est composé de vingt et une séances.

Par ailleurs, nombre de structures hospitalières ou privées ont développé leur propre programme qui reste généralement utilisé à l'échelle de la structure en question. En écho aux guides de bonnes pratiques, face au nombre croissant de demandes, et compte tenu du peu de programmes disponibles et adaptables au contexte de soin en psychiatrie adulte en France, les « centres experts bipolaires » ont développé un programme de psychoéducation nommé « *Fondamental Campus* ». →

→ Les centres experts constituent des centres de recours, destinés aux patients pris en charge par des psychiatres libéraux, hospitaliers ou même par des médecins généralistes. L'offre de soin proposée est ainsi tout à fait complémentaire de la prise en charge de première ligne, l'action de collaboration entre les acteurs du soin étant tout à fait privilégiée. Ces centres sont des structures régionales, non sectorisées, ambulatoires et pluridisciplinaires. Ils dépendent de centres hospitaliers et de la fondation FondaMental. Fondation de coopération scientifique dédiée aux maladies mentales, la fondation FondaMental se propose d'allier plusieurs disciplines pour améliorer la compréhension, le soin et la prévention et redonner espoir aux patients et à leurs proches. Pour cela, elle s'appuie sur un réseau d'équipes spécialisées dans une pathologie déterminée, constituées en centres experts. Les centres experts bipolaires, au nombre de neuf, se répartissent sur le territoire national.

***On repère une meilleure prévention des rechutes.***

Au-delà de cette mission centrée sur le soin, la fondation FondaMental a pour ambition de diffuser des stratégies thérapeutiques innovantes, dont l'efficacité est bien prouvée scientifiquement, mais insuffisamment proposées sur le territoire. Il en est ainsi de la psychoéducation pour les patients ayant reçu un diagnostic de troubles bipolaires, dont le niveau de preuves est bien étayé dans la littérature, mais qui reste encore trop méconnu de la part des soignants (Colom *et al.*, 2003, Colom *et al.*, 2009).

Un groupe d'une vingtaine de psychologues et de psychiatres ont travaillé de concert sur la constitution du programme pendant presque deux ans, sous la coordination du Pr Chantal Henry (professeur de psychiatrie), du Dr Bruno Étain (psychiatre) et de Katia M'bailara (psychologue, enseignant-chercheur). Des experts nationaux et internationaux en psychoéducation ont, par ailleurs, validé l'organisation et le contenu des séances (Christian Gay, France ; Jan Scott, Grande-Bretagne ; Francesc Colom, Espagne). Le programme « Fondamental Campus » est constitué de douze séances et peut être utilisé auprès des patients seuls, des familles seules ou des patients et des familles unis dans un même groupe. L'équipe de Bordeaux est particulièrement sensible à l'approche systémique ; nous avons ainsi opté pour une approche « multifamiliale » de la psychoéducation.

## POURQUOI IMPLIQUER LES FAMILLES DANS LA PRISE EN CHARGE ?

Pour Henry Cuche et ses collègues (2003), « *l'entourage est une source importante d'information, un auxiliaire de grande valeur dans la conduite du traitement* ». Depuis la désinstitutionalisation des patients, ayant pour conséquence des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes, les familles sont davantage impliquées dans le soin, mais, sans information sur la pathologie, elles risquent de se sentir démunies. Or, face à la pathologie bipolaire, les familles passent par les mêmes processus d'adaptation à la maladie que les patients : déni, colère, ambivalence et anxiété (Goodwin et Jamison, 2007). Cela pose la question de l'importance de la conscience familiale du trouble dans la prise en charge du patient. Au-delà de l'acceptation du diagnostic, cette pathologie entraîne des dommages quotidiens au niveau familial. Maria Reinares et Eduard Vieta (2004) décrivent aussi bien des dommages objectifs que des dommages subjectifs. Les premiers concernent la gestion du quotidien, les conflits intrafamiliaux, la réduction des relations sociales, le ralentissement de l'évolution de carrière, les problèmes financiers ; les seconds concernent le stress plus ou moins chronique par peur des rechutes ou des troubles du comportement.

L'attitude de la famille peut, en retour, avoir des conséquences sur le déclenchement et l'évolution de la pathologie. Ainsi, de nombreuses études ont montré que les familles de patients bipolaires avaient un haut niveau d'expressivité émotionnelle qui se manifeste par un surinvestissement émotionnel, de l'hostilité ou des critiques (Kim et Miklowitz, 2004). Le trouble et ses manifestations ont donc une influence sur la famille, et la famille, en retour, a une influence sur l'évolution du trouble. Au niveau pratique, les cliniciens se trouvent face à un paradoxe : les familles sont davantage impliquées dans le soin (diminution du temps d'hospitalisation, gestion des décompensations thymiques en ambulatoire, etc.), mais leur position d'aidants met à mal leurs capacités d'ajustement (aux manifestations du trouble, aux conséquences, etc.), au risque de les rendre vulnérables sur le plan psychique. Ainsi, nombre de familles rapportent ne plus se sentir compétentes dans leur rôle d'aidant familial et décrivent des modifications globales du système familial en lien avec le trouble bipolaire de leur proche. La pathologie bipolaire fragilise psychiquement le patient, mais aussi sa famille dans sa dynamique et son équilibre homéostatique (M'bailara et Henry, 2007). Ce constat incite à conseiller une implication adaptée de la famille dans la prise en charge, médiatisée par l'intervention du milieu soignant. Un tel cadre thérapeutique accompagne la famille à renforcer sa capacité de contenance à l'égard du patient désigné (Hendrick, 2008).

## LES MÉCANISMES EN JEU

Le groupe aide à rompre l'isolement et à diminuer la souffrance et la détresse souvent incommunicables

à autrui, les affects négatifs étant dilués dans le groupe. Des facteurs thérapeutiques, comme la transmission par analogie, l'interprétation indirecte ou l'identification croisée, sont à l'œuvre au fil des séances.
Bien que la littérature concernant l'approche multifamiliale des troubles bipolaires en soit à ses balbutiements, de nombreux auteurs soulignent la nécessité de soutenir et d'informer non seulement les patients, mais aussi leur famille (Colom *et al.*, 1998). Cependant, peu d'études ont montré l'intérêt des thérapies multifamiliales dans le cadre spécifique des troubles bipolaires. Dans ce cadre particulier d'intervention auprès de familles de patients bipolaires, les travaux de Maria Reinares et ses collègues (2002) et ceux de David Miklowitz (1997) et Michael Goldstein (1994) font école.

## LA PSYCHOÉDUCATION MULTIFAMILIALE, QUELS INTÉRÊTS ?

Dans la littérature internationale, les études montrent que la psychoéducation familiale participe à l'amélioration de la communication intrafamiliale (Brennan, 1995 ; Miklowitz *et al.*, 2007), à l'amélioration du niveau de fonctionnement (De Barros Pellegrinelli *et al.*, 2013) et de l'ajustement familial (Carr, 2009), à une meilleure connaissance de la pathologie (Fristad *et al.*, 2003), à une meilleure qualité de soutien (Fristad *et al.*, 2003). L'évolution de la pathologie est, par ailleurs, favorablement impactée chez les patients lorsque la famille a pu bénéficier des séances de psychoéducation. On repère ainsi une meilleure prévention des rechutes, une diminution de la sévérité des décompensations et une augmentation de l'observance (Miklowtiz *et al.*, 2009 ; 2007). Ces différents points nous permettent de saisir que les cibles atteintes par la psychoéducation concernent tant des éléments de la pathologie que des éléments de la dynamique familiale. Notre expérience nous a permis de confirmer nombre de ces éléments. Auprès d'un échantillon de familles et de patients, nous avons aussi objectivé l'amélioration des connaissances sur la pathologie et une modification dans la gestion du quotidien. Les patients rapportent après les séances avoir une meilleure satisfaction de vie. Cet élément peut être compris au regard de la modification de la représentation qu'ils se font de la pathologie. L'hypothèse étant qu'une meilleure connaissance favorise le sentiment de contrôle, et donc la réappropriation du cours de sa vie, trop souvent ébranlée par la maladie psychiatrique. De leur côté, les familles disent avoir une meilleure qualité de vie. La psychoéducation aurait participé à retravailler leur place d'aidant, ainsi une distance suffisamment bonne serait la possibilité d'être un aidant-aimant. Cela se manifeste par une présence adaptée, mais une absence d'envahissement de la pathologie dans toutes les sphères de vie de l'aidant (professionnelle, sociale, personnelles), l'aidant ne devient pas qu'aidant, il redevient un individu à part entière.
Un exemple rencontré est celui de Madame G, mère d'une patiente et femme d'un patient atteints de troubles bipolaires. Au début du groupe, elle se disait attentive à la qualité de l'observance thérapeutique de son mari et de sa fille. Ses journées commençaient par la prise des nouvelles médicales de ses proches, elle ne pouvait « vaquer » à ses occupations qu'après s'être assurée qu'aucun d'eux n'avait besoin d'elle. À la fin du groupe, elle a pu décrire comment elle prévoyait ses journées en fonction de ce qu'elle avait à faire et envie de faire, son programme pouvait être adapté si son mari ou sa fille avait besoin d'elle. On voit ici un repositionnement du rapport à la maladie qui reste intégré dans le paysage familial, sans être pour autant au centre de la vie de famille. Autant le trouble bipolaire est un facteur de grande déstabilisation de la dynamique familiale, autant la psychoéducation multifamiliale semble permettre le rétablissement d'une homéostasie familiale, témoin d'une bonne adaptation à la pathologie, voire d'une acceptation. La psychoéducation peut aider les familles à retrouver confiance en leurs propres capacités, mises à rude épreuve par la maladie et ses conséquences (Cook-Darzens, 2007). Elle permet de communiquer autrement, donnant une place à l'écoute et réduisant le niveau d'expression émotionnelle. Ces différents points font écho au concept de compétences des familles, cher à Guy Ausloos (1995).

# Bibliographie

**Ausloos G.**, 1995, *La Compétence des familles. Temps, chaos, processus,* Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2007.

**Bateson G.**, 1977, *Vers une écologie de l'esprit , 1,* Paris, Le Seuil.

**Barros Pellegrinelli K. de *et al.***, 2013, « Efficacy of Psychoeducation on Symptomatic and Functional Recovery in Bipolar Disorder », *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127 (2)* : 153-158.

**Bauer M. S., Mc Bride L.**, 2001, *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire : une approche structurée. Le programme d'objectifs personnels,* Chêne-Bourg, Médecine et Hygiène.

**Benoît J.-C.**, 2006, *Schizophrénies au quotidien. Approche systémique en psychiatrie publique,* Ramonville-Saint-Agne, Érès.

**Brennan J. W.**, 1995, « A Short-Term Psychoeducational Multiple-Family Group for Bipolar Patients and their Families », *Social Work, 40* : 737-743.

**Caillé P., Rey Y.**, 2004, *Les Objets flottants,* Paris, Fabert.

**Carpentier N.**, 2001, « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XX[e] siècle », *Sciences sociales et santé, 19 (1)* : 79-106.

**Carr A.**, 2009, « The Effectiveness of Family Therapy and Systemic Interventions for Adult-Focused Problems », *Journal of Family Therapy, 31 (1)* : 46-74.

**Colom F. *et al.***, 1998, « What is the Role of Psychotherapy in the Treatment of Bipolar Disorder ? », *Psychother. Psychosom., 67 (1)* : 3-9.

**Colom F. *et al.***, 2003, « A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients whose Disease is in Remission », *Arch. Gen. Psychiatry, 60 (4)* : 402-407.

**Colom F. *et al.***, 2009, « Group Psychoeducation for Stabilised Bipolar Disorders : 5-Year Outcome of a Randomised Clinical Trial », *The Britisch Journal of Psychiatry, 194 (3)* : 260-265. *Erratum in The Br. J. Psychiatry, 194 (6)* : 571.

**Colom F., Vieta E.**, 2008, *Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires,* Marseille, Solal.

**Cook-Darzens S.**, 2007, *Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques,* Ramonville-Saint-Agne, Érès.

**Coulon P.**, 2009, *Les Groupes d'entraide,* Paris, L'Harmattan.

**Cuche H., Raffaitin F., Gérard A.**, 2003, « Dépression et entourage », *in* Olié J.-P., Poirier M.-F., Lôo H. (sous la direction de), *Les Maladies dépressives,* Paris, Flammarion.

**Durkheim E.**, 1897, *Le Suicide,* Paris, PUF, 2013.

**Elkaïm M.**, 1989, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas : Approche systémique et psychothérapie,* Paris, Le Seuil.

**Ferenczi S.**, 1929, « L'Enfant mal accueilli dans sa famille et sa pulsion de mort », *in L'Enfant dans l'adulte,* Paris, Payot, 2006.

**Ferenczi S.**, 1932, *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant,* Paris, Payot, 2004.

**Foucaud J. *et al.***, 2010, *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation,* Saint-Denis, INPES.

**Foucault M.**, 1961, *Histoire de la folie à l'âge classique,* Paris, Gallimard, 1997.

**Fristad M. A. *et al.***, 2003, « Family Psychoeducation : an Adjunctive Intervention for Children with Bipolar Disorder », *Biological Psychiatry, 53 (11)* : 1000-1008.

**Garcia-Badaracco J. E.**, 2003, *Psychanalyse multifamiliale. Les autres en nous et la découverte du vrai soi-même,* Paris, In Press.

**Goldstein M. J., Miklowitz D. J.**, 1994, « Family Intervention for Persons with Bipolar Disorder », *New Dir. Ment. Health Serv., 62* : 23-35.

**Goodwin F. K., Jamison K. R.**, 2007, *Manic-Depressive Illness : Bipolar Disorders and Recurrent Depression,* Volume 1, Oxford, Oxford University Press.

**Gruyer F., Nisse M., Sabourin P.**, 2004, *La Violence impensable,* Paris, Nathan.

**Haley J.**, 1976, *Problem Solving Therapy,* New York, Harper & Row.

**Hendrick S.**, 2008, « Le processus d'hypercorrection, une nouvelle "carte" pour décrire certaines formes d'interactions contradictoires », *Thérapie familiale, 29* : 243-260.

**Judd L. L. *et al.***, 2002, « The Long-Term Natural History of the Weekly Symptomatic Status of Bipolar I Disorder », *Arch. Gen. Psychiatry, 59* : 530-537.

**Jung C. G.**, 1950, *Présent et avenir,* Paris, Denoël, 1985.

**Kim E. Y., Miklowitz D. J.**, 2004, « Expressed Emotion as a Predictor of Outcome among Bipolar Patients Undergoing Family Therapy », *J. Affect. Disord., 82 (3)* : 343-352.

**La Belle F.**, 2007, « Vue d'ailleurs et autrement. Le comment », *Psychotropes, 13 (3-4)* : 267-274.

**Lam D. H.**, 2001, « Cognitive Therapy for Bipolar Illness : a Pilot Study for Relapse Prevention », *in* Bright J. *et al., Cognitive Therapy Research, 24* : 503-520.

**Laqueur P. H.**, 1979, « Thérapie multifamiliale, questions et réponses », *in* Bloch D., *Techniques de base en thérapie familiale,* Ramonville-Saint-Agne, Érès, 1994.

**M'bailara K., Henry C.**, 2007, « Psychoéducation multifamiliale et troubles bipolaires », *in* Cook-Darzens S., *op. cit.*

**Miermont J.**, 2001, « Schizophrénies et thérapies familiales. Perspectives éco-étho-anthropologiques », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 26* : 155-174.

**Miklowitz D. J.**, 2007, « The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder », *Curr. Dir. Psychol. Sc., 16 (4)* : 192-196.

**Miklowitz D. J.**, 2009, « Group Psychoeducation Increases Time to Recurrence in Stabilised Bipolar Disorders », *Evidence-Based Mental Health, 12 (4)* : 110.

**Miklowitz D. J., Goldstein M. J.**, 1997, *Bipolar Disorder : A Family-Focused Treatment Approach,* New York, Guilford Press.

**Miklowitz D. J. *et al.***, 2007, « Psychosocial Treatments for Bipolar Depression : a 1-Year Randomized Trial from the Systematic Treatment Enhancement Program », *Arch. Gen. Psychiatry, 64 (4)* : 419-426.

**Minois G.**, 1995, *Histoire du suicide,* Paris, Fayard.

**Morin E.**, 2000, *Les 7 savoirs nécessaires à l'éducation du futur,* Paris, Le Seuil.

**Mugnier J.-P.**, 2008, *Les Stratégies de l'indifférence,* Paris, Fabert.

**Mugnier J.-P**, 2010, « D'un silence partagé à un récit mis en commun : de la nécessité de bien pouvoir se raconter », *in Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 44* : 79-91.

**Neuburger R.**, 1995, *Le Mythe familial,* Paris, Esf, 2005.

**Neuburger R.**, 2003, *Les Rituels familiaux,* Paris, Payot.

**Neuburger R.**, 2004, *Nouveaux Couples,* Paris, Odile Jacob.

**Neuburger R.**, 2008, « Le Thérapeute familial, un passeur de frontières », *in Psychiatrie française, 39 (3)* : 14-27.

**Nisse M., Sabourin P.**, 2004, *Quand la famille marche sur la tête,* Paris, Le Seuil.

**Ostroff J. *et al.***, 2004, « Interest in and Barriers to Participation in Multiple Family Group among Head and Neck Cancer Survivors and their Primary Family Caregivers », *Family Process, 43* : 159-208.

**Pinel Ph.**, 1809, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie,* Paris, L'Harmattan, 2006.

**Reinares M. *et al.***, 2002, « Therapeutic Interventions Focused on the Family of Bipolar Patients », *Psychother. Psychosom., 71 (1)* : 2-10.

**Reinares M., Vieta E. *et al.***, 2004, « Impact of a Psychoeducational Family Intervention on Caregivers of Stabilized Bipolar Patients », *Psychother. Psychosom., 73 (5)* : 312-319.

**Salem G. *et al.***, 1985, « L'approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique », *Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et psychiatrie, 136* : 67-71.

**Sanchez-Moreno J. *et al.***, 2009, « Functioning and Disability in Bipolar Disorder : An Extensive Review », *Psychother. Psychosom., 78* : 285-87

**Selvini M.**, 1982, « Hypothétisation, circularité, neutralité », *Thérapie familiale, 3* : 117-132.

**Selvini M.**, 2010, « Onze types de personnalité : intégration du diagnostic de personnalité à la pensée systémique complexe », *Thérapie familiale, 31* : 267-292.

**Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.-M.**, 1990, *Les Jeux psychotiques dans la famille,* Paris, Esf.

**Swendsen J. *et al.***, 1995, « Correlates of Stress Reactivity in Patients with Bipolar Disorder », *Am. J. Psychiatry, 152 (5)* : 795-797.

**Sylvia L. G. *et al.***, 2012, « Sleep Disturbance in Euthymic Bipolar Patients », *J. Psychopharmacol., 26 (8)* : 1108-1112.

**Thase M. E.**, 2012, « Strategies for Increasing Treatment Adherence in Bipolar Disorder », *J. Clin. Psychiatry, 73 (2)* : 308.

**Varela F.**, 1975, « A Calculus for Self-Reference », *International Journal of General Systems, 2.*

**Watzlawick P.**, 1997, *L'Invention de la réalité,* Paris, Le Seuil.

# Les naissances et les interventions d'urgence ont-elles rendez-vous avec la Lune ?

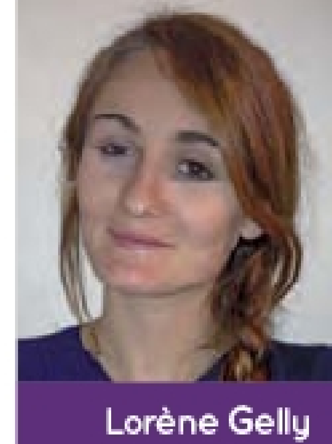



Noureddine Bouati

Psychologue-psychothérapeute

Docteur en psychologie clinique et pathologique

Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble



Lorène Gelly

Étudiante en Master 1 de psychologie clinique, université Pierre-Mendès France, Grenoble



Thierry Roupioz

Praticien hospitalier, SAMU-centre 15, CHRA Annecy


**Si, depuis les temps ancestraux, on associe la pleine Lune à des phénomènes tant physiologiques que psychologiques, une étude a été menée pendant deux ans pour observer si l'augmentation du nombre d'actes dans un service de maternité et au SAMU / SMUR durant les phases de pleine Lune se vérifiait. Entre mythes et réalité scientifique… la fin d'une idée reçue ?**

Depuis la nuit des temps, l'être humain a toujours été intrigué par la Lune en lui conférant des pouvoirs parfois réels, mais quelquefois un peu surréalistes. La révolution scientifique, en particulier depuis que Neil Armstrong et Buzz Aldrin ont marché sur la Lune, le 20 juillet 1969, n'a pas totalement effacé tout le cortège de superstitions qui accompagne scrupuleusement ce corps céleste. Ce dernier, pourtant dépourvu de vie, consubstantiel satellite de notre Terre, reste néanmoins synonyme de mystère et de magie, et alimente même encore aujourd'hui beaucoup de croyances qui hantent perpétuellement nos esprits.

Dans la culture orientale, et d'une façon générale dans les pays à culture mahométane, c'est le cycle lunaire qui cadence les douze mois du calendrier islamique (qui se trouve en décalage annuel de 12,36 jours par rapport au calendrier grégorien). De ce fait, la Lune est perçue ici comme un synchroniseur qui rythme certains événements « heureux », comme les fêtes, les cérémonies ou les célébrations. En revanche, dans la culture occidentale, on associe souvent la Lune à certains comportements irrationnels, comme la folie ou les actes criminels, et la terminologie ne fait que renforcer ce constat : le mot anglais *lunatic* (fou) et son corollaire français *lunatique* (avec humeur changeante) en sont un fort exemple.

Cet état d'esprit n'est probablement qu'un impitoyable héritage mythologique qui a souvent opposé le Soleil, synonyme de logique et de rationalisme, à la Lune connotée de folie et d'intuition. Le rapprochement entre le cycle menstruel (environ 28 jours) et le cycle lunaire (la pleine Lune a lieu tous les 29,53 jours) renforce ce lien qui a toujours existé depuis la tradition grecque entre la femme et la Lune (les rythmes de 28 jours sont dénommés « séléniens » en référence au cycle de la Lune).

C'est ainsi que Hécate, divinité grecque symbolisant le côté sombre de la Lune, était associée à l'enfer, à la sorcellerie et au sang. Artémis, déesse de la chasse (elle deviendra Diane chez les Romains), n'en fut pas moins une chasseresse sanguinaire sans aucune pitié pour ses proies. C'est dans ce sens que, dans de nombreuses coutumes nordiques, la pleine Lune qui suit l'équinoxe d'automne est encore considérée comme la nuit des chasseurs.

C'est probablement dans cette trame de symbolisme associatif légendaire que la pleine Lune s'est trouvée associée à la fécondité, mais aussi à l'irrationalisme et à la soif de sang. La folie, les crimes, les lycanthropies ou les transformations zoomorphes (métamorphose de l'homme en loup-garou) ont ainsi été liés à la pleine Lune, tenant compte à la fois des faits concrets, mais beaucoup restent l'apanage d'un héritage mythologique.


*Avec la collaboration de :*

**Jérôme Jund,** médecin, service informatique et études médicales, CHRA Annecy

**Laurence Perru,** cadre de santé, maternité-obstétrique, CHRA Annecy

**Sylvie Leroux,** cadre de santé, maternité-obstétrique, CHRA Annecy

**Cécile Kerouredan,** assistante, SAMU / SMUR, CHRA Annecy

**Sandra Leblondel,** assistante, service informatique et études médicales, CHRA Annecy



## REPRÉSENTATIONS ACTUELLES

C'est dans cette perspective que nous avons souhaité saisir la part du réel et la part imaginaire allouées à tort ou à raison aux effets de la pleine Lune. S'il reste indéniablement incontestable de dire que la Lune a des effets sur les marées, voire sur les végétations et le comportement des animaux, cette affirmation reste moins palpable de façon objective, voire contradictoire quand il s'agit d'aspects physiologiques ou psychologiques chez l'être humain.
À ce titre, certaines études ont démontré, par exemple, le lien existant entre les périodes de pleine Lune et l'augmentation des comportements d'agressivité, d'agitation et de violence (Campbell, Beets, 1978 ; Lieber, 1978), des accouchements (Ghiandoni *et al.*, 1997 ; 1998) ou des fréquentations des urgences à la suite de blessures traumatiques liées aux conditions climatiques (Stomp *et al.*, 2009). Par ailleurs, des observations ont mis en évidence des relations significatives entre les actes suicidaires avec non pas la pleine Lune, mais avec la nouvelle Lune (Campbell, Beets, 1978). Cependant, d'autres études avaient conclu à l'absence de tout lien scientifiquement observable entre les cycles lunaires (notamment la pleine Lune) et le suicide (Campbell, Beets, 1978 ; Amaddeo *et al.*, 1997), les appels aux services psychiatriques (*ibidem*), les consultations en psychiatrie d'urgence (Lieber, 1978 ; Kung, Mrazek, 2005 ; McLay, Daylo et Hammer, 2006), les admissions en psychiatrie (McLay, Daylo et Hammer, 2006), le nombre d'accouchements (Kuss, Kuehn, 2008 ; Morton-Pradhan, Bay, Coonrod, 2005), la fréquentation des urgences (Schuld *et al.*, 2011), la chute des patients dans les services hospitaliers (Schwendimann *et al.*, 2005), les accidents de la route (Laverty, Kelly, 1998), les comportements d'agressivité, d'agitation et de violence dans les maisons de retraite (Cohen-Mansfield, Marx, Werner, 1989) ou dans les milieux psychiatriques (Owen *et al.*, 1998).
Dans toute la littérature, nous trouvons ainsi des études non scientifiques, contradictoires, confirmant ou infirmant les effets de la pleine Lune sur notre quotidien.
Confrontés à une multitude de témoignages « subjectifs » émanant de professionnels de la santé du centre hospitalier de la région d'Annecy (CHRA), situé en Haute-Savoie, qui décrivent des « liens » entre les phases de la pleine →

| SAMU-SMUR | m | valeurs min-max | m (PL) | m (NPL) | p (effet PL/NPL) | p (effet des mois) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Accouchements | 5,14 | 0-13 | 5,32 | 5,11 | 0,457 | 0,001 |
| Affaires SAMU-centre15 | 295,17 | 147-859 | 294,63 | 295,23 | 0,967 | < 0,001 |
| Sorties SMUR HA* | 11,84 | 3-26 | 11,67 | 11,86 | 0,660 | 0,002 |
| Sorties SMUR A* | 6,68 | 0-15 | 6,93 | 6,65 | 0,355 | 0,001 |
| Patients SMUR | 6,89 | 0-16 | 7,06 | 6,86 | 0,537 | 0,001 |
| CCMS | 3,26 | 1,75-5,00 | 3,28 | 3,26 | 0,444 | < 0,001 |

***Tableau 1*** *– Comparaison des valeurs concernant les six domaines cibles de l'étude : moyenne journalière globale (PL + NPL), valeur minimale et maximale, moyenne quotidienne des périodes PL, moyenne quotidienne des périodes NPL, effet de PL et effet du mois sur PL et NPL.*
** HA : hors Annecy ; A : Annecy.*

→ Lune et l'augmentation du nombre d'accouchements, d'hospitalisations en psychiatrie ou de l'activité des services d'urgence, nous avons décidé de mener une étude « objective » et scientifique à ce sujet.

## MÉTHODOLOGIE

Dans cette expectative, nous avons choisi deux services de ce centre hospitalier, représentatifs par le nombre élevé de leurs actes et réputés – subjectivement – être plus sensibles aux périodes de la pleine Lune, selon les témoignages des soignants. C'est ainsi que notre choix s'est porté sur le service de maternité et celui du SAMU / SMUR.

Nous nous sommes intéressés aux données recueillies dans ces services, sur une période de vingt-quatre mois, avec les critères suivants :

• Service de maternité : n'ont été comptabilisés que les accouchements spontanés, par voie normale ou par césarienne, excluant tous les accouchements programmés quel qu'en soit le mode. Seul le CHRA a été concerné pour cette recherche.

• Service SAMU / SMUR : n'ont été retenues que les « affaires » suivies (les appels aboutissant à une décision) par le SAMU-centre 15. Par conséquent, nous avons comptabilisé le nombre de sorties SMUR, le nombre de patients pris en charge par les SMUR, ainsi que l'indice de gravité de ces patients mesuré par la CCMS (classification clinique des malades du SMUR) (Leveau, 1999). Pour cette étude, les chiffres concernaient le CHRA (SAMU), mais aussi l'ensemble du département de la Haute-Savoie (SMUR). La Haute-Savoie dispose d'un SAMU-centre 15 implanté à Meythet et de six sites hospitaliers, sièges de SMUR : Annecy, Saint-Julien-en-Genevois, Thonon-les-Bains, Annemasse, Bonneville, Sallanches / Chamonix.

Les événements ont été répertoriés par tranches de vingt-quatre heures (de 00 h 00 à 24 h 00), et les phases lunaires ont été relevées d'après les éphémérides astronomiques pour l'Europe. Cependant, ces phases étant variables d'un mois à l'autre, nous avons décidé d'y inclure également le jour d'avant et le jour d'après, afin que les étendues des périodes de pleine Lune (PL) soient équivalentes : PL = phase lunaire ± 24 heures. Quelle que soit l'heure de début de la phase lunaire, le J-1 débute toujours à 00 h 00, et le J+1 se termine toujours à 23 h 59.

## RÉSULTATS

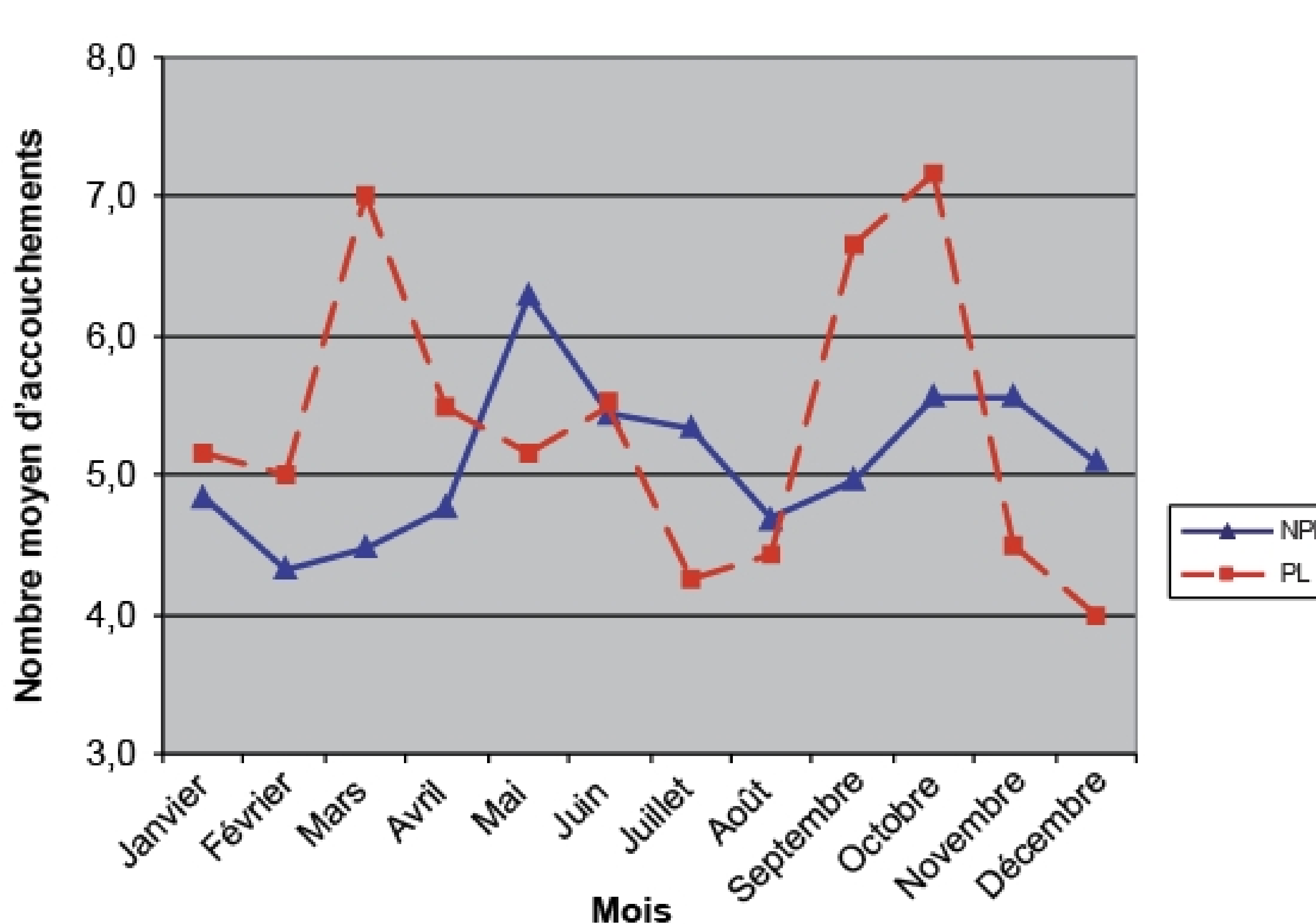
Ce sont ainsi 731 jours (dont 75 jours PL), relatifs à la période de deux ans d'observation fixée au départ, qui nous ont permis de trier et de répertorier, selon les critères définis plus haut, les données suivantes :

• 3 756 accouchements (CHRA).
• 215 771 « affaires » SAMU-centre 15.
• 8 656 sorties SMUR hors Annecy (tous les SMUR de la Haute-Savoie sauf le SMUR Annecy).
• 4 883 sorties SMUR Annecy.
• 5 033 patients pris en charge par les SMUR.

L'analyse statistique (analyse descriptive, *ANOVA* et *Test t de Student*) devait apporter à cette recherche, à la fois locale et départementale, une dimension scientifique et de rigueur dans la démarche (*voir tableau 1*).

### Maternité

Le nombre moyen d'accouchements par jour au CHRA est de 5,14 (écarts allant de 0 à 13), avec 5,32 pour les périodes

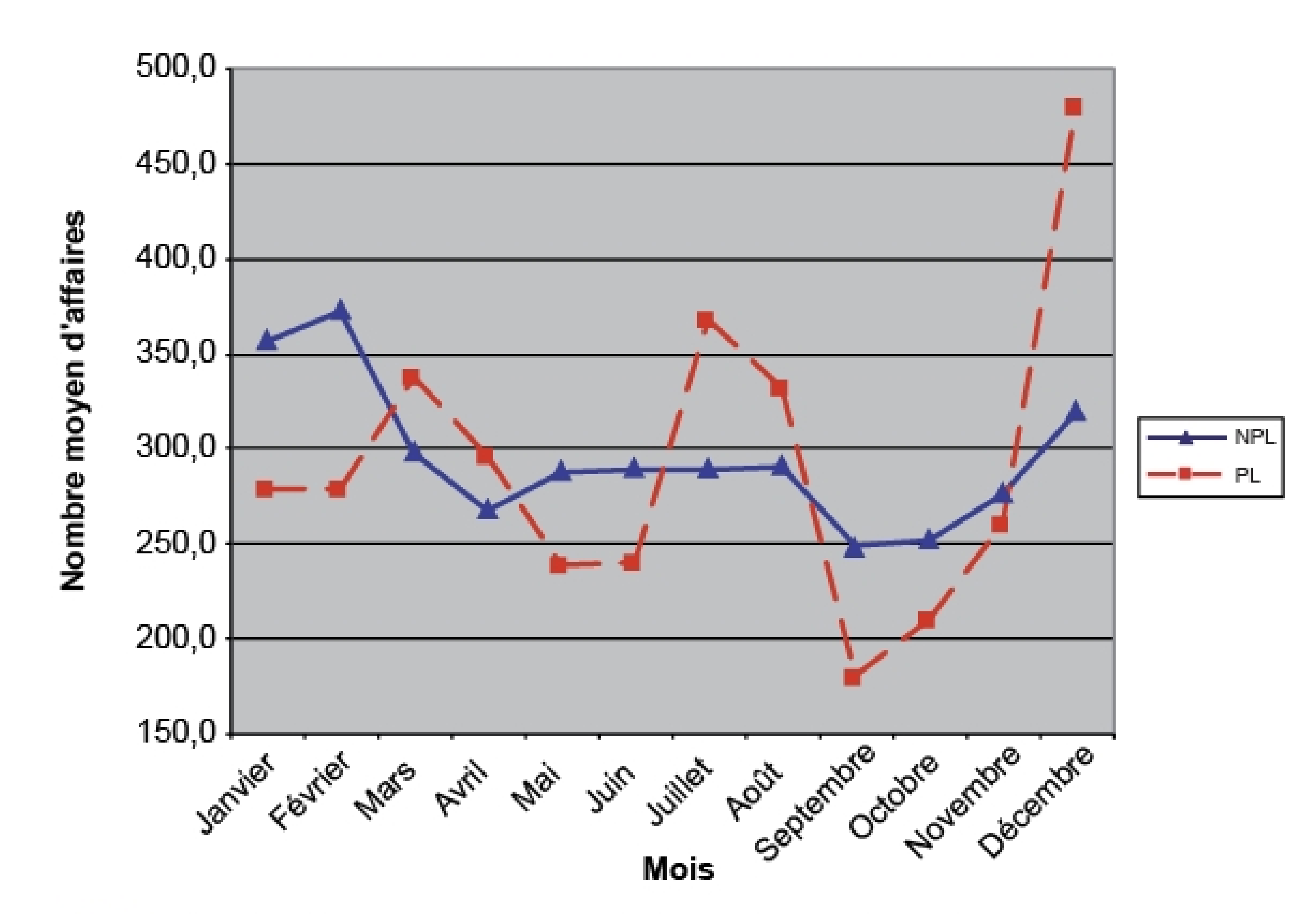



***Graphique 1*** – Évolution du nombre moyen d'accouchements par jour au CHRA en fonction des journées PL ou NPL.

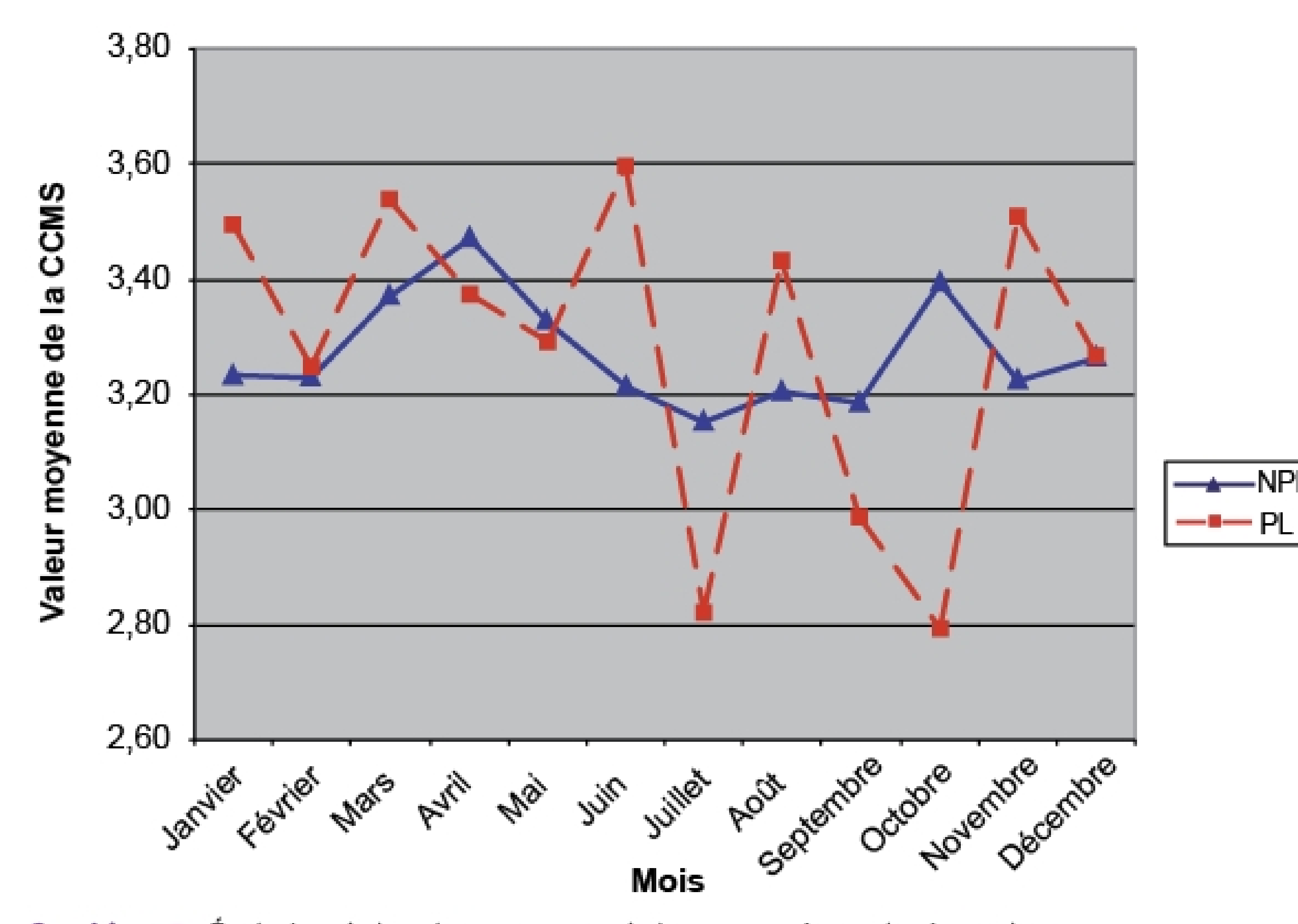
PL et de 5,11 pour les autres (que nous désignerons par « non pleine Lune » ou NPL). Cette différence *n'est pas significative* (p = 0,457). En revanche, la variation du nombre moyen d'accouchements par mois est *très significative*, aussi bien pour les PL que les NPL (p = 0,001). Le *graphique 1* montre que le pic est atteint au cours du mois de mai pour les NPL (ce qui suppose que la conception avait eu lieu pendant l'été, au mois d'août), alors que les mois de mars et octobre détiennent le record par rapport aux autres mois pour les PL (ce qui suppose que la conception avait eu lieu respectivement en janvier et en juin).

### SAMU-SMUR

Le nombre moyen journalier des « affaires » suivies par le SAMU-centre 15 est de 295,17 (écarts de 147 à 859) dont 294,63 pour les PL et 295,23 pour les NPL ; les sorties SMUR hors Annecy présentent une moyenne journalière de 11,84 (écarts de 3 à 6), dont 11,67 PL et 11,86 NPL ; les sorties SMUR Annecy ont une moyenne journalière de 6,68 (écarts de 0 à 15) avec 6,93 PL et 6,65 NPL ; le nombre moyen de patients pris en charge quotidiennement par le SMUR est de 6,89 (écarts de 0 à 16), dont 7,06 PL et 6,86 NPL ; et, enfin, le CCMS présente une valeur moyenne journalière de 3,26 (écarts de 1,75 à 5,00), dont 3,28 PL et 3,26 NPL. Pour l'ensemble de ces données, la différence *n'est pas significative* (p > 0,05). Les *graphiques 2-3* montrent un profil quasi identique pour les PL et les NPL : la grande variabilité entre les mois, *très significative* pour les quatre domaines étudiés (respectivement : p < 0,001 ; p = 0,002 ; p = 0,001 ; p = 0,001 ; p < 0,001), est probablement liée à un phénomène d'affluence, puisque les pics correspondent aux vacances scolaires, période estivale et période de ski (février, juillet et décembre).




***Graphique 2*** – Évolution du nombre moyen d'affaires par jour suivies par le SAMU-centre 15 en fonction des journées PL ou NPL.




***Graphique 3*** – Évolution de la valeur moyenne de la CCMS par jour relevée par le SMUR en fonction des journées PL ou NPL.

## CONCLUSION

Ces 238 099 observations, dûment analysées statistiquement, nous montrent finalement que leur variabilité n'est pas en lien avec les phénomènes de la pleine Lune. Néanmoins, cette étude révèle une grande fluctuation significative des événements d'un mois à un autre (aussi bien pour les PL que les NPL), dont l'explication est liée vraisemblablement à un facteur psychosocial, sans aucun rapport avec la phase de pleine Lune.

Mais, d'où vient alors cette « impression » qu'il y a plus de « mouvements » lors des pleines Lunes ou périodes de PL, puisque l'étude statistique dément cette « intuition » subjective ? La réponse viendrait du degré d'imprégnation par les mythes autour de la pleine Lune justement, car on peut supposer que, pendant cette période, les soignants sont plus attentifs (aux différentes interventions que les autres jours), ce qui donne cette impression de « trop » ou de « il se passe quelque chose... ». Lorsque l'on focalise notre attention sur un événement particulier, excluant le reste par ailleurs, tout porte à croire qu'il y a alors un phénomène d'amplification et d'accroissement. La pleine Lune permet ainsi de rationaliser une surcharge de travail en attribuant à ce dernier un sens « logique » pour ne pas sombrer dans l'incompris, voire l'inconnu.

En lui octroyant des pouvoirs puissants et énigmatiques, très ancrés dans l'inconscient collectif, la nature humaine s'est constamment servie de la pleine Lune pour apporter des réponses à des événements qui la dépassent et qui ne répondent pas formellement aux règles de la logique. Par ce biais, la pleine Lune renvoie simplement chacun d'entre nous dans son propre jardin pour affronter le côté sombre de sa psyché. La pleine Lune nous questionne, dès lors, non pas sur son propre mystère, mais sur le mystère de la vie...

## Bibliographie


**Amaddeo F. *et al.*,** 1997, « Frequency of Contact with Community-Based Psychiatric Services and the Lunar Cycle : a 10-Year Case-Register Study », *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 32 (6) :* 323-326.

**Arliss J. M., Kaplan E. N., Galvin S. L.,** 2005, « The Effect of the Lunar Cycle on Frequency of Births and Birth Complications », *Am. J. Obstet. Gynecol., 192 :* 1462-1464.

**Bharati S. *et al.*,** 2012, « The Effect of the Lunar Cycle on Frequency of Births : A Retrospective Observational Study in Indian Population », *Indian J. Public Health, 56 :* 152-154.

**Biermann T. *et al.*,** 2005, « Influence of Lunar Phases on Suicide : the End of a Myth ? A Population-Based Study », *Chronobiol. Int., 22 (6) :* 1137-1143.

**Campbell D. E., Beets J. L.,** 1978, « Lunacy and the Moon », *Psychol. Bull., 85 (5) :* 1123-1129.

**Cohen-Mansfield J., Marx M. S., Werner P.,** 1989, « Full Moon : Does it Influence Agitated Nursing Home Residents ? », *J. Clin. Psychol., 45 (4) :* 611-614.

**Ghiandoni G. *et al.*,** 1997, « Incidence of Lunar Position in the Distribution of Deliveries. A Statistical Analysis », *Minerva Ginecol., 49 :* 91-94.

**Ghiandoni G. *et al.*,** 1998, « Does Lunar Position Influence the Time of Delivery ? A Statistical Analysis », *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 77 :* 47-50.

**Kung S., Mrazek D. A.,** 2005, « Psychiatric Emergency Department Visits on Full-Moon Nights », *Psychiatr. Serv., 56 (2) :* 221-222.

**Kuss O., Kuehn A.,** 2008, « Lunar Cycle and the Number of Births : a Spectral Analysis of 4 071 669 Births from South-Western Germany », *Acta Obstet. Gynecol. Scand., 87 (12) :* 1378-1379.

**Laverty W. H., Kelly I. W.,** 1998, « Cyclical Calendar and Lunar Patterns in Automobile Property Accidents and Injury Accidents », *Percept. Mot. Skills, 86 (1) :* 299-302.

**Leveau P.,** 1999, « Clinical Classifications of Diseases used by the French Prehospital Emergency Care Units (CCMS) : a Quantitative Assessment Tool », *Journal européen des urgences, 12 (4) :* 148-152.

**Lieber A. L.,** 1978, « Human Aggression and the Lunar Synodic Cycle », *J. Clin. Psychiatry, 39 (5) :* 385-392.

**McLay R. N., Daylo A. A., Hammer P. S.,** 2006, « No Effect of Lunar Cycle on Psychiatric Admissions or Emergency Evaluations », *Mil. Med., 171 (12) :* 1239-1242.

**Morton-Pradhan S., Bay R. C., Coonrod D. V.,** 2005, « Birth Rate and its Correlation with the Lunar Cycle and Specific Atmospheric Conditions », *Am. J. Obstet. Gynecol., 192 :* 1970-1973.

**Owen C. *et al.*,** 1998, « Lunar Cycles and Violent Behaviour », *Aust. N. Z. J. Psychiatry, 32 (4) :* 496-499.

**Schuld J. *et al.*,** 2011, « Popular Belief Meets Surgical Reality : Impact of Lunar Phases, Friday the 13th and Zodiac Signs on Emergency Operations and Intraoperative Blood Loss », *World J. Surg., 35 (9) :* 1945-1949.

**Schwendimann R. *et al.*,** 2005, « Are Patient Falls in the Hospital Associated with Lunar Cycles ? A Retrospective Observational Study », *BMC NURS, 17 (4) :* 5.

**Staboulidou I. *et al.*,** 2008, « The Influence of Lunar Cycle on Frequency of Birth, Birth Complications, Neonatal Outcome and the Gender : A Retrospective Analysis », *Acta Obstet. Gynecol. Scand., 87 :* 875-879.

**Stomp W. *et al.*,** 2009, « Relation of the Weather and the Lunar Cycle with the Incidence of Trauma in the Groningen Region over a 36-Year Period », *J. Trauma, 67 (5) :* 1103-1108.

**Waldhoer T., Haidinger G., Vutuc C.,** 2002, « The Lunar Cycle and the Number of Deliveries in Austria between 1970 and 1999 », *Gynecol. Obstet. Invest., 53 :* 88-89.

# La démobilisation scolaire des adolescents



Émeline Bardou
Psychologue
Docteur en psychologie

**Fondée sur des données développementales et sociodémographiques, cette recherche étudie les processus de décrochage scolaire à travers l'analyse de la perte de sens et de valeur accordée au savoir. Proposition d'une échelle de mobilisation scolaire.**

Cette étude s'intéresse au concept de mobilisation scolaire selon la théorie du rapport au savoir, qui correspond au processus psychologique du décrochage scolaire. L'objectif de cette recherche[1] est d'identifier les variations de la mobilisation scolaire sur une population adolescente selon des données développementales et sociodémographiques (Bardou, 2011).

La revue de littérature exposée dans la partie suivante présente dans un premier temps le concept de démobilisation scolaire selon la théorie socio-psychologique du rapport au savoir, se distinguant clairement de la notion traditionnelle d'échec scolaire.

## LE RAPPORT AU SAVOIR

Le phénomène d'échec scolaire a été étudié dans un premier temps par les approches sociologiques ayant eu un impact considérable dans la compréhension de ce phénomène. Par la suite, les théories du rapport au savoir (Charlot, 1997) ont permis une autre lecture de l'échec scolaire, en posant la question de la signification de l'école et du coût psychologique de l'investissement scolaire pour chaque adolescent, au-delà de la simple obligation sociale ou de la question de la performance que représente la scolarité dans notre société. Ainsi, la démobilisation scolaire permet de tenir compte de ces questions.

Elle décrit un processus psychologique d'un sujet inscrit dans une histoire singulière, en rapport avec les autres, se situant bien en amont de l'échec scolaire, désignant sur un *continuum*, la perte de sens et de valeur accordée à l'école et aux savoirs. La démobilisation est à comprendre comme le signe d'une interrogation du sens de la scolarité par les adolescents.

En effet, pour de nombreux jeunes, l'institution scolaire ne revêt plus de sens dans la mesure où elle ne garantit plus l'avenir dans un contexte économique en crise et renvoie plutôt à une désillusion, un lieu sans intérêt et, pour beaucoup d'adolescents, à une expérience éprouvante.

L'échec scolaire, le décrochage scolaire, dès lors, représentent un des possibles états finaux ou expression du processus de démobilisation.

La notion de rapport au savoir que nous allons détailler par la suite pose tout à la fois la question de la singularité, du sens et du savoir.

## LE RAPPORT AU SAVOIR, UNE AUTRE LECTURE DE L'ÉCHEC SCOLAIRE

Le sens que les élèves confèrent à leur histoire et aux situations scolaires est un phénomène fondamental pour comprendre l'échec scolaire. De ce sens dépend leur mobilisation scolaire, autrement dit leur investissement dans l'activité intellectuelle requise par l'appropriation de savoirs (Bautier et Rochex, 1998).

Bernard Charlot (Charlot, 1997) définit le rapport au savoir par l'ensemble organisé des relations qu'un sujet entretient avec tout ce qui relève de l'apprendre et du savoir. Le sens est considéré à la fois comme l'expérience subjective d'un rapport à des activités et comme un processus d'appropriation et de transformation de soi.

Ainsi, en lecture positive, le processus de mobilisation met l'accent sur l'implication active du sujet renvoyant →

**Note**

1. Bardou E., 2011, « Représentation de l'engagement éducatif parental, estime de soi et mobilisation scolaire d'adolescents scolarisés de la 6e à la 3e », recherche réalisée au sein de l'universtité Toulouse-2 dans le cadre d'une thèse de doctorat nouveau régime en psychologie.

à l'idée de mouvement : « *Se mobiliser, c'est réunir ses forces, pour faire usage de soi comme d'une ressource* [...]. *C'est aussi s'engager dans une activité parce qu'on est porté par des mobiles, parce qu'on a de bonnes raisons de le faire.* » (Charlot, 1997.) La démobilisation scolaire permet d'appréhender :

1. Le rapport à l'école : certains élèves peuvent être démobilisés à l'égard de l'école, en ce sens qu'ils ne jugent pas leur scolarité comme importante. Mais ils peuvent être également démobilisés à l'école, dans la classe, c'est-à-dire dans une activité d'apprentissage (Charlot, 1997) ;
2. Le rapport à l'apprendre qui décline trois types de conception des savoirs : floue, basée sur l'origine externe des mobiles ou fondée sur la puissance des mobiles à caractère interne[2].

## LES PROFILS DE DÉMOBILISATION SCOLAIRE

En faisant référence à ce cadre conceptuel, nous proposons un modèle théorique de la mobilisation scolaire (Bardou, 2011) prenant en compte les notions de signifiance et de sens articulées aux dimensions du rapport à l'apprendre et aux dimensions du rapport à l'école, permettant de distinguer des profils de mobilisation scolaire.

• La démobilisation par manque de sens (mais avec signifiance) : l'école a surtout un sens institutionnel. Le sujet n'est pas ici mobilisé sur l'école, mais il peut être mobilisé à l'école avec une conception de l'apprendre basée sur des mobiles externes. L'activité d'apprentissage est perçue comme une obligation normée. Il y a une prédominance exclusive de la signifiance dans le rapport à l'école et à l'apprendre.

• La mobilisation signifiante passive : le jeune attribue du sens à la scolarité (essentiellement fondé sur l'aspect relationnel) sans être pour autant impliqué dans un processus de travail à l'école. La conception de l'apprendre est basée sur des mobiles externes, ce qui explique la prédominance de la signifiance sans arriver à un investissement réel de la scolarité.

***La mobilisation scolaire est à la fois un processus et une coconstruction.***

• La démobilisation sans signifiance ni sens : ce type de démobilisation n'implique ni signifiance ni sens. Le sens de l'école est d'en sortir ; le sujet va à l'école parce qu'il y est contraint. Il n'y a pas de mobilisation sur l'école ni à l'école.

• La mobilisation signifiante active : ce rapport utilitariste concerne des élèves mobilisés à la fois sur et à l'école qui représente pour eux un moyen incontournable de succès pour l'avenir. Les apprentissages sont soumis à une visée instrumentale. Les savoirs scolaires sont évalués par rapport à leur utilité, notamment par rapport à leur projet professionnel.

• La mobilisation avec du sens : le rapport à l'apprendre est axé sur le plaisir de savoir. Le collège est un lieu de construction de soi dans sa double dimension personnelle et sociale. Les savoirs scolaires sont perçus



comme émancipateurs, comme permettant une meilleure compréhension de soi et du monde.

Cette approche psychosociale de la mobilisation scolaire tend à se démarquer d'une conception déterministe laissant peu de place à la mise en œuvre de processus psychologiques et où l'origine socioculturelle est au centre de tout dispositif explicatif. Les théories de la reproduction et du handicap socioculturel ne permettent pas en effet d'expliquer les réussites ou les échecs atypiques et paradoxaux, par exemple la réussite d'un enfant de milieu défavorisé.

La mobilisation scolaire n'est ni un fait ni une donnée qui s'appréhende à partir d'indices simples. La difficulté d'opérationnaliser le concept de mobilisation scolaire tient au fait qu'elle est à la fois un processus et une coconstruction. L'identification du type de mobilisation scolaire d'un élève se révèle difficile, car elle est de l'ordre de l'intériorité de l'élève et elle est une construction qui agit comme processus dans les apprentissages.



Le principal objectif de cette étude est de contribuer à la conceptualisation de la mobilisation scolaire fondée sur la confrontation d'une approche psychosociale à une étude sur une population adolescente (Bardou, 2011).

## MÉTHODE

### Procédures et démarches de la recherche

La démarche méthodologique de notre recherche articule à la fois l'approche qualitative et quantitative. L'approche qualitative, dans la phase exploratoire, a permis à partir d'entretiens semi-directifs auprès d'adolescents de réaliser des analyses de contenu à l'aide d'un logiciel d'analyse informatisée des données textuelles (Alceste), contribuant à extraire les dimensions qui ont permis la construction de l'échelle de mobilisation scolaire (Bardou et Oubrayrie-Roussel (A), 2012). Dans un second temps, nous avons eu recours à une démarche quantitative lors de la phase extensive de la recherche, en procédant à la passation puis à la validation statistique des échelles auprès d'un échantillon de collégiens, suivie d'une série d'analyses descriptives que nous allons présenter dans la partie résultats ci-dessous. La passation s'est déroulée au sein de trois collèges, avec l'accord de l'inspecteur d'Académie et des principaux des collèges, en respectant l'anonymat et la confidentialité des données au regard du respect des règles éthiques de la recherche en psychologie.

### Participants

L'enquête quantitative a été menée auprès de 405 adolescents français (56 % de filles et 44 % de garçons) âgés de onze à quinze ans, scolarisés en filière générale, inscrits dans trois collèges français, de la 6e à la 3e. Nous notons une proportion similaire d'élèves en réussite (46 %) et d'élèves ayant des résultats scolaires moyens (45 % ayant une moyenne entre 10 et 13/20). Les élèves en difficulté représentent 8 % de notre échantillon. Une majorité d'adolescents vivent dans une famille culturellement traditionnelle (parents en couple avec un ou plusieurs enfants), soit 70 %, et sont issus d'un milieu socioculturel intermédiaire (54 %).

### Matériel

Chaque élève a rempli une échelle sur la mobilisation scolaire dont la validité a été effectuée auprès de notre échantillon en respectant deux phases distinctes, la première avec l'analyse factorielle exploratoire en axes principaux sous Spss 15, la deuxième avec l'analyse factorielle confirmatoire sous Lisrel 8.8 (modèle d'équations structurelles).

## L'ÉCHELLE DE MOBILISATION SCOLAIRE

Nous avons construit une échelle de mobilisation scolaire, car aucun des outils existants n'était adapté aux buts de notre recherche (Bardou et Oubrayrie-Roussel (B), 2012 ; Bardou, Oubrayrie-Roussel et Lescarret, 2012). Une analyse qualitative à partir d'entretiens réalisés auprès d'adolescents a permis de produire des items et des →

**Note**

2. Chartrain J.-L., 2003, « Rôle du rapport au savoir dans l'évolution différenciée des conceptions scientifiques des élèves : un exemple à propos du volcanisme au cours moyen 2 », Thèse de doctorat de 3e cycle, université René-Descartes.

dimensions issus des discours des sujets afin de construire une échelle de mobilisation scolaire. L'étude exploratoire porte sur un échantillon de dix adolescents français âgés de onze à seize ans, composé de cinq filles et de cinq garçons scolarisés au collège dans des classes de 6e (n = 3), 5e (n = 3) et 3e (n = 4). Les productions écrites, analysées par la méthodologie Alceste permettent donc de mettre en évidence cinq classes discursives dont trois centrées sur l'école (le vécu scolaire, le rapport à l'école) et son contexte de socialisation (rapport aux autres) et les autres dimensions relatives au travail en dehors de l'école (rapport à l'apprendre).

## Bibliographie

**Bardou E. et Oubrayrie-Roussel N. (A),** 2012, « Mobilisation scolaire des collégiens et représentation de l'engagement parental : le poids des inégalités sociales », *Orientation scolaire et professionnelle, vol. 41, 3* : 343-367.

**Bardou E. et Oubrayrie-Roussel N (B).,** 2012, « Approche qualitative de la mobilisation scolaire : une question de sens », *Psychologie et éducation, 4* : 25-48.

**Bardou E., Oubrayrie-Roussel N. et Lescarret O.,** 2012, « Estime de soi et démobilisation scolaire à l'adolescence », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 60, 6* : 435-440.

**Baudelot Ch. et Establet R.,** 2007, *Quoi de neuf chez les filles ?*, Paris, Nathan.

**Bautier E. et Rochex J.-Y.,** 1998, *L'expérience scolaire des nouveaux lycéens. Démocratisation ou massification ?*, Paris, Armand Colin.

**Carron G. et Châu T.-N.,** 1998, *La Qualité de l'école primaire dans des contextes de développement différents*, Éditions Unesco.

**Charlot B.,** 1997, *Du rapport au savoir*, Paris, Economica.

**Tazouti Y., Flielle A. et Vrignaud P.,** 2005, « Comparaison des relations entre l'éducation parentale et les performances scolaires dans deux milieux socioculturels contrastés (populaire et non populaire) : pratiques éducatives familiales et scolarisation », *Revue française de pédagogie, 151* : 29-46.

Au final, la version validée sous format de réponse de type Likert en cinq points (de « *pas du tout d'accord* » à « *tout à fait accord* ») se compose de 21 items répartis dans trois dimensions :

• Le rapport à l'école, avec le thème du sens attribué à l'école et la notion de soutien relationnel (9 items). Exemple : « *Le collège, c'est avant tout passer de bons moments avec mes copains/copines* » ;

• Le rapport à l'apprendre, avec le thème des relations avec les professeurs et les représentations des devoirs et des matières scolaires (9 items). Exemple : « *J'aime faire les devoirs et leçons.* »

• L'engagement dans le travail scolaire à l'école et à la maison (3 items). Exemple : « *Il m'arrive de ne plus avoir envie de faire les choses en classe.* »

Du point de vue des propriétés psychométriques, la cohérence interne de la nouvelle échelle de mobilisation scolaire est satisfaisante dans sa valeur globale ($\alpha = .85$), mais aussi dans chacune de ses dimensions, soit le rapport à l'école ($\alpha = .93$), le rapport à l'apprendre ($\alpha = .84$) et l'engagement dans le travail scolaire ($\alpha = .72$).

### INTERPRÉTATION DE L'ÉCHELLE ET PROFILS DE MOBILISATION SCOLAIRE

Un score global de mobilisation scolaire est obtenu ainsi qu'un score par dimension. La combinaison des scores obtenus à chaque dimension nous permet d'identifier huit profils de mobilisation scolaire :

• *La mobilisation forte avec du sens* correspondant à un niveau élevé de rapport à l'école, de rapport à l'apprendre et d'engagement scolaire ;

• *La démobilisation forte par manque de sens* caractérisée par un bas niveau de rapport à l'école, de rapport à l'apprendre et d'engagement scolaire ;

• *La mobilisation passive avec du sens* définie par une mobilisation sur l'école et l'apprendre et un désinvestissement dans le travail scolaire (correspondant à un haut niveau de rapport à l'école et de rapport à l'apprendre et un bas niveau d'engagement scolaire) ;

• *La démobilisation signifiante* définie par un style démobilisé sur l'école et sur l'apprendre, mais engagé dans le travail scolaire (correspondant à un bas niveau de rapport à l'école et de rapport à l'apprendre et un haut niveau d'engagement scolaire). L'activité d'apprentissage et l'école sont perçues comme une obligation normée, n'ont pas de sens, mais le sujet s'engage dans le travail scolaire. Le sujet n'est pas ici mobilisé sur l'école, mais il peut être mobilisé à l'école ;

• *La mobilisation signifiante par l'apprendre passive* correspond au profil où seul le rapport à l'apprendre est fort, mais avec un désengagement dans le travail scolaire (caractérisé par un bas niveau de rapport à l'école et d'engagement scolaire, mais un haut niveau de rapport à l'apprendre) ;

• *La mobilisation signifiante par l'école passive* est un profil défini par un rapport à l'école fort, mais un désengagement

dans le travail scolaire (correspondant à un bas niveau de rapport à l'apprendre et d'engagement scolaire, mais un haut niveau de rapport à l'école) ;

• *La mobilisation signifiante par l'école active* est un profil incluant un rapport à l'école fort avec un engagement dans le travail scolaire (correspondant à un bas niveau de rapport à l'apprendre, mais avec un haut niveau d'engagement scolaire et de rapport à l'école).

• *La mobilisation signifiante par l'apprendre active* correspondant à un rapport à l'apprendre fort avec un engagement dans le travail scolaire (caractérisé par un bas niveau de rapport à l'école, mais avec un haut niveau d'engagement scolaire et de rapport à l'apprendre).

## RÉSULTATS

Nous présentons dans cette partie des analyses descriptives simples permettant de repérer l'effet des éléments sociodémographiques[3] de l'échantillon sur la mobilisation scolaire (comparaison de moyennes, test de Student). Ces analyses descriptives ont pour but d'affiner la compréhension du rôle des éléments contextuels et sociodémographiques sur les variations de la mobilisation scolaire.

### La mobilisation scolaire selon le sexe

La mobilisation scolaire ne varie pas significativement selon le sexe, sachant que des études antérieures ont souligné l'impact du genre sur le rapport à l'institution scolaire, qualifié de plus positif chez les filles (Baudelot et Establet, 2007). Aucune des dimensions de la mobilisation scolaire ne varie en fonction du sexe, ce qui est différent des études antérieures ayant mis en avant un rapport à l'apprendre plus internalisé chez les filles et plus instrumental chez les garçons.

### La mobilisation scolaire selon l'âge

Des moyennes plus fortes sont significatives pour les plus jeunes (11-13 ans) ($M$ = 96,95 ; $ET$ = 19,03) concernant la mobilisation scolaire générale par rapport aux plus âgés ($M$ = 85,38 ; $ET$ = 18) ($t(239) = 5,28$ ; $p < .001$), mais aussi la dimension du rapport à l'apprendre ($t(220) = 7,02$; $p < .001$) et du rapport à l'école ($t(3218) = 2,44$ ; $p < .05$). Ainsi, il semble que ce soit en début de scolarité au collège (classes de 6e et 5e) que la mobilisation scolaire soit la plus importante.

### La mobilisation scolaire selon les données scolaires (moyenne, absentéisme, exclusion, collèges)

Des moyennes plus fortes sont également significatives pour les jeunes en réussite scolaire (avec une moyenne au-dessus de 14/20) concernant la mobilisation scolaire générale ($M$ = 96,408 ; $ET$ = 19,34) par rapport aux jeunes en difficulté scolaire ($M$ = 77,83 ; $ET$ = 18,45) ($t(39) = 4,66$ ; $p < .001$), mais aussi les dimensions du rapport à l'apprendre ($t(32) = 4,21$ ; $p < .001$) et de l'engagement dans le travail scolaire ($t(35) = 2,65$ ; $p < .005$). Seule la dimension du rapport à l'école ne varie pas selon la moyenne scolaire. Ces observations vont dans le sens de la théorie psychosociale du rapport au savoir (Charlot, 1997 ; Bautier et Rochex, 1998) liant plutôt la réussite scolaire aux significations et aux valeurs que le sujet accorde à l'école et aux savoirs qui s'y enseignent. Des moyennes plus fortes sont significatives pour les jeunes ayant une avance scolaire concernant le rapport à l'école ($t(10) = 2,43$ ; $p < .05$).

Si nous nous intéressons à la tendance du jeune à sécher les cours, nous observons une différence de moyenne significative sur la mobilisation scolaire et ses trois dimensions. Toutes les moyennes obtenues à ces dimensions sont significativement plus fortes chez les élèves qui n'ont jamais séché les cours.

Des moyennes plus faibles sont significatives pour les jeunes qui ont déjà été exclus du collège concernant la dimension de la mobilisation scolaire, intitulée

***Le rapport à l'école et le rapport à l'apprendre ne semblent pas liés.***

« engagement dans le travail scolaire » ($M$ = 7,31 ; $ET$ = 3,47) en comparaison avec les jeunes n'ayant jamais été exclus ($M$ = 9,25 ; $ET$ = 3,34) ($t(16) = 2,18$ ; $p < .05$), ce qui semble cohérent avec une attitude de rejet de l'école.

Ce qui étonne c'est que le rapport à l'école et le rapport à l'apprendre ne semblent pas liés. Cela nous permet d'en déduire que les jeunes peuvent désinvestir le travail scolaire tout en continuant à donner du sens à l'école, comme l'ont avancé plusieurs auteurs (Charlot, 1997). Si l'on compare les moyennes des jeunes qui sont exclus selon la nature des motifs ayant entraîné l'exclusion, nous notons que le rapport à l'apprendre est la seule dimension significativement plus basse chez les jeunes ayant été exclus sur un motif de violence comparé aux jeunes exclus pour cause d'indiscipline ou d'absence. Quant au rapport à l'école, il s'avère significatif en comparant les jeunes exclus : les élèves exclus pour cause d'absence ont une moyenne de rapport à l'école deux →

**Note**

3. La situation et la structure familiale, le sexe, l'âge, les données scolaires, la fratrie et le milieu socioculturel.

fois moins importante que celle des jeunes exclus pour indiscipline.
Une première comparaison a combiné un collège situé en ZEP et un autre collège situé hors ZEP (rural). Le rapport à l'école et le rapport à l'apprendre sont plus faibles en ZEP. Une deuxième comparaison a combiné un collège situé en ZEP et un autre collège situé hors ZEP, mais cette fois-ci en zone urbaine. Le score global de mobilisation scolaire, le rapport à l'école et le rapport à l'apprendre sont tous plus forts en ZEP par rapport aux collégiens scolarisés en ville hors ZEP.
Une comparaison a été également effectuée entre un collège situé en zone rurale et un autre collège situé en ville. Les résultats montrent des variations significatives de moyennes sur le score global de mobilisation scolaire et du rapport à l'école, qui sont plus forts chez les adolescents scolarisés dans le collège en zone rurale.

### La mobilisation scolaire selon les milieux socioculturels

Dans notre recherche, le rapport à l'école, l'engagement dans le travail scolaire et la mobilisation scolaire ne sont pas significativement liés au milieu socioculturel. Par contre, le rapport à l'apprendre est lié au milieu socioculturel dans une relation inversée par rapport aux études précédentes.
Seule la dimension du rapport à l'apprendre s'avère significative ($t(141) = 2{,}39$ ; $p < .05$) étant plus élevée chez les adolescents provenant d'un milieu socioculturel défavorisé ($M = 31{,}99$ ; $ET = 7{,}33$) comparativement aux adolescents issus d'un milieu socioculturel favorisé ($M = 29{,}06$ ; $ET = 7{,}29$). Gabriel Carron et Ta Gnoc Châu soulignent les difficultés pour les parents de milieux socioculturels défavorisés à offrir leur soutien pour les devoirs et les leçons, augmentant ainsi les risques d'échec des enfants, ce qui n'est pas confirmé dans notre étude (Carron et Châu, 1998).
Plusieurs recherches (Tazouti *et al.*, 2005) mettent en avant l'importance du suivi en soulignant un investissement plus important des contacts avec l'école de la part des pères issus des milieux défavorisés, ce qui pourrait expliquer la plus forte implication des jeunes en situation sociale défavorisé, envers l'apprendre.

### La mobilisation scolaire selon la composition de la fratrie

Des moyennes plus fortes sont significatives pour les jeunes ayant des frères ou sœurs concernant la mobilisation scolaire générale ($t(75) = 2{,}16$ ; $p < .05$), mais aussi la dimension du rapport à l'école ($t(75) = 1{,}93$ ; $p < .05$). Cela nous laisse supposer que le fait d'avoir un frère ou une sœur a un impact sur la mobilisation scolaire.

## DISCUSSION-CONCLUSION

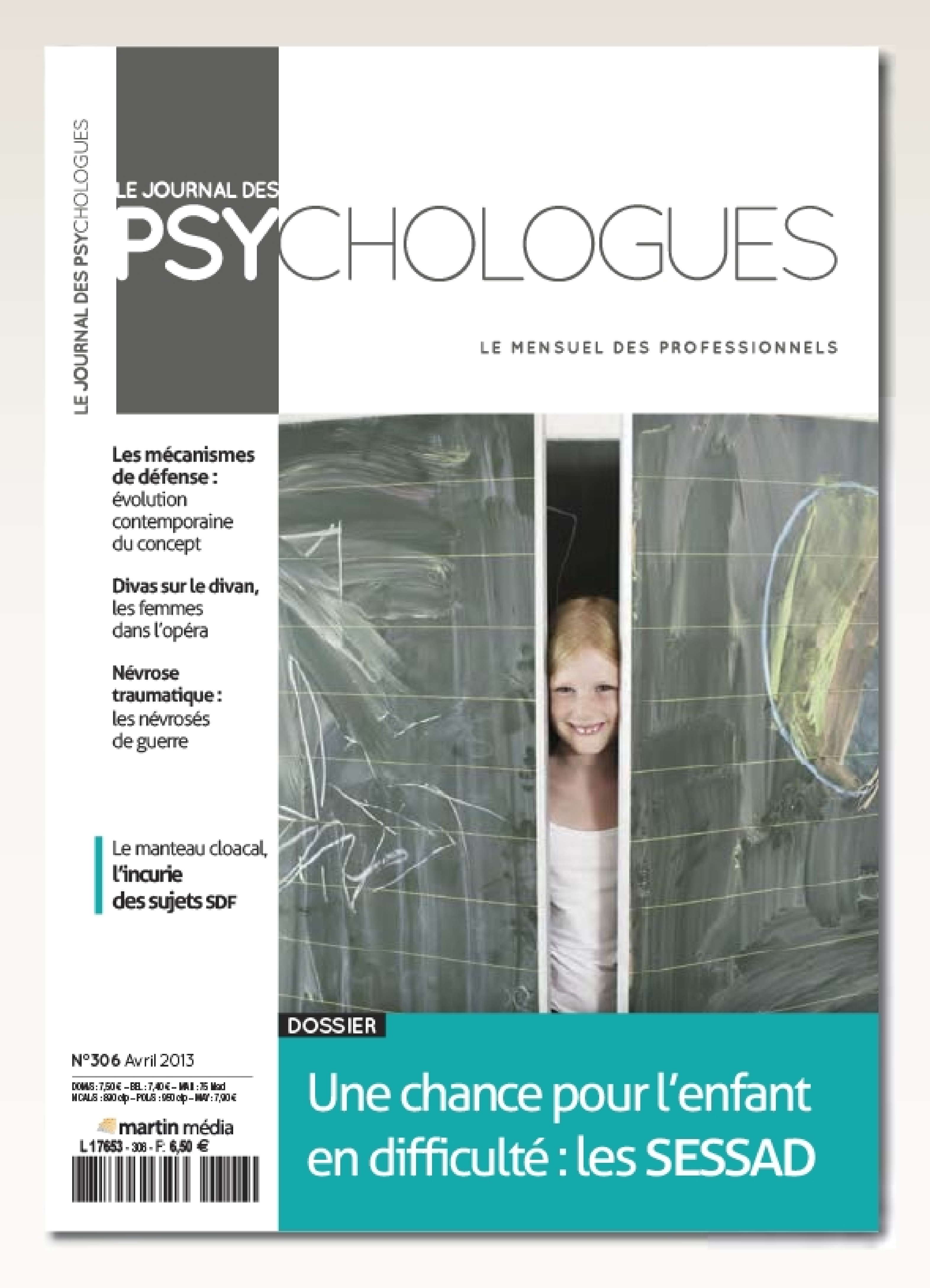
Sur le *plan théorique*, notre étude a permis de nous centrer sur les processus qui différencient les adolescents entre eux, du point de vue du sens personnel plus ou moins mobilisateur et efficace qu'ils accordent à l'école et aux savoirs enseignés en tenant compte des variations selon les variables sociodémographiques.
Les données développementales montrent que la mobilisation scolaire ne varie pas selon le sexe, mais, en revanche, elle diffère selon l'âge, en étant plus forte chez les jeunes adolescents, montrant tout l'intérêt de se préoccuper précocement du rapport qu'entretient l'adolescent avec l'école et le savoir dès le début de la scolarité, en prévention d'un décrochage lié à l'avancée dans la scolarité.
Les données scolaires mettent en avant que le fait d'être mobilisé scolairement est étroitement lié à la réussite scolaire, à l'assiduité et la discipline. L'élève peut travailler s'il a intériorisé l'obligation du travail scolaire, s'il est capable de percevoir son utilité ou s'il éprouve ce travail comme une forme de réalisation de soi. L'adolescent doit évoluer des centres d'intérêts enfantins (apprentissages subis) vers une autonomisation psychique et une appropriation des savoirs.
En tenant compte des milieux socioculturels, nous constatons un investissement plus important sur le sens des matières et de l'apprendre pour les jeunes défavorisés touchés par la précarité. D'autres facteurs explicatifs du rapport à l'apprendre sont à considérer, notamment le style parental et l'accompagnement scolaire. La recherche de Youssef Tazouti (Tazouti *et al.*, 2005) met l'accent sur la supervision du travail scolaire, plus importante auprès des adolescents de milieu populaire, induisant une implication plus forte de leur part dans le travail scolaire.
Enfin, le fait d'être enfant unique ou pas semble jouer un rôle sur la mobilisation scolaire des adolescents. Les sujets ayant une fratrie sont plus mobilisés scolairement, avec un rapport à l'école plus fort que les enfants uniques. En effet, les parents ont souvent tendance à focaliser sur leur adolescent-enfant unique avec des attentes disproportionnées. Frères et sœurs semblent jouer un rôle de soutien scolaire non négligeable.
Sur *le plan méthodologique*, une de nos préoccupations scientifiques a été la démarche de validation de l'échelle utilisée dans notre étude, à l'aide d'une double analyse

***Frères et sœurs jouent un rôle de soutien scolaire.***

factorielle, exploratoire puis structurelle confirmatoire avec le modèle des équations structurelles.
L'échelle sur la mobilisation scolaire a permis d'opérationnaliser trois dimensions spécifiques, à savoir le rapport à l'école, le rapport à l'apprendre et enfin l'engagement dans le travail permettant de nuancer le positionnement de l'adolescent à travers les huit profils de mobilisation scolaire, le jeune pouvant attribuer du sens à l'école sans avoir envie d'apprendre ou ayant envie d'apprendre sans toutefois s'approprier et investir les savoirs. Ces trois dimensions permettent de tenir compte de la posture psychique de l'adolescent à travers les dimensions du rapport à l'école et du rapport à l'apprendre, mais également de son attitude effective avec l'engagement dans le travail scolaire. La particularité de cette échelle de mobilisation scolaire est de reposer sur une théorie psychosociale (Charlot, 1997) s'attachant à comprendre le sens et les valeurs de l'adolescent concernant l'école et les savoirs (Bardou, Oubrayrie-Roussel et Lescarret, 2012). La singularité du sujet est prise en compte, sans s'intéresser précisément au processus motivationnel, mais plutôt au système de valeurs qui guide les attitudes.
L'intérêt de cet outil est triple :
– 1. *prévention*, car c'est un outil de dépistage de la démobilisation scolaire pouvant conduire au décrochage ;
– 2. *compréhension*, car il permet d'identifier et de différencier les composantes de la mobilisation scolaire ainsi que leur articulation, permettant l'établissement de diagnostic ;
– 3. *intervention*, car il peut être le support d'actions d'accompagnements individualisés (entretiens cliniques et pédagogiques individuels ou groupaux).
Les apports sur le plan des applications cliniques ou pédagogiques qui résultent de cette recherche peuvent se résumer en deux points fondamentaux :
Concernant *l'école* et les enseignants, il apparaît souhaitable d'élaborer des formations centrées sur les processus psychologiques à l'œuvre dans la scolarité et sur les échanges école-famille et d'insister sur les moyens institutionnels permettant d'y parvenir.

***Évoluer des centres d'intérêts enfantins vers une autonomisation psychique.***

Du côté des *adolescents*, il y aurait un intérêt à prendre en compte les processus psychologiques du décrochage scolaire, en questionnant plus tôt dans la scolarité leur mobilisation scolaire, conçue comme un processus en coconstruction, en différenciant les dimensions du rapport à l'école, du rapport aux savoirs et de l'engagement dans le travail scolaire. ◗




N°306 – Avril 2013 – 6,50 €

## Originalité et dynamique du travail en SESSAD

« La commande sociale adressée aux équipes de SESSAD est de situer les aides au plus près des besoins de l'enfant, de sa famille, et dans une relation de partenariat avec l'Éducation nationale.

Pour mener à bien leurs missions, les SESSAD disposent d'un panel particulièrement vaste de possibilités d'interventions de natures éducatives, rééducatives et paramédicales dans un contexte "nomade" qui ouvre le champ de la délocalisation. [...]

Le travail du psychologue clinicien en SESSAD, à travers le volet institutionnel et groupal de son intervention, contribue à entretenir cette toile institutionnelle. Ce dossier est l'occasion de présenter des travaux de métabolisation de psychologues à propos des enjeux du dispositif institutionnel lui-même et de ses potentialités soignantes. Il comporte également la présentation d'expériences cliniques réalisées en SESSAD, qui mettent l'accent sur les efforts à construire et à maintenir les conditions d'espaces thérapeutiques. Il s'agira donc ici de témoigner des nombreuses possibilités de jeu(x) que peut créer une équipe de SESSAD, entre les creux nécessaires à l'accueil de la souffrance et le plein des propositions d'accompagnement des sujets rencontrés. »

Dossier coordonné par **Colette Thollet** et **Amandine Griot**

Avec les contributions de

**Amélie Albac ■ Colette Thollet ■ Odile Pinaton ■ Anaïs Fillon ■ Christian Schuers ■ Frédérik Guinard ■ Élodie Buisson ■ Laurence Pichet**

Numéro disponible sur www.jdpsychologues.fr
Rubrique Les archives – Rechercher un article – Mot clé : SESSAD
ou au N° Indigo 0 825 82 63 63

# Psychologue de liaison en service pédiatrique



Marion Grandière

Psychologue clinicienne, service de néphrologie-dialyse, unité de psychologie, Huderf



Véronique Delvenne

Chef de service de pédopsychiatrie, Huderf, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ULB-Bruxelles

Isabelle Lambotte

Psychologue clinicienne, chef de l'unité de psychologie, Huderf, assistante chargée d'enseignement à la faculté des sciences psychologiques et de l'éducation, ULB-Bruxelles.

**En France, le statut du psychologue à l'hôpital est assez récent. Défini par la loi n° 91-748 de 1991 portant réforme hospitalière du code de santé publique, il ne recouvre pas la fonction de psychologue de liaison contrairement à la Belgique. Au service de néphrologie-dialyse et unité de psychologie de l'hôpital universitaire des enfants de Bruxelles, l'exercice de la psychologie de liaison est quotidien. En voici un témoignage.**

Dans le contexte hospitalier, le psychologue est amené à remplir de multiples fonctions de liaison auprès de l'enfant, sa famille et les soignants gravitant autour de l'enfant malade. Il favorise la liaison transversale interservices, interdisciplinaire enfant-parent-soignant et intrapsychique. Il travaille ainsi au maintien d'un environnement psychiquement contenant pour l'enfant malade et sa famille.

Dans le cadre complexe de l'hôpital pédiatrique, le psychologue de liaison exerce auprès d'enfants de tous âges et de leur famille, dans le cadre de maladies chroniques ou aiguës, en lien avec les équipes soignantes (médecins, infirmières, puéricultrices), l'unité de psychologie, le personnel paramédical (orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes), les partenaires sociaux, les écoles et le service de pédopsychiatrie.

Dans cet environnement complexe, le psychologue est conduit à mener un travail de liaison à de multiples niveaux pour favoriser le maintien d'un *holding*, au sens de Donald W. Winnicott, suffisamment adéquat de l'enfant par ses parents et de l'ensemble de la famille par les soignants. Il va donc avoir une fonction « contenante » et favoriser la sécurité affective chez chacun des acteurs de l'hospitalisation. Il va permettre la constitution d'un véritable espace psychique « transitionnel » (Winnicott, 1971) pour permettre à chacun de se penser, mais aussi penser l'autre, la maladie et l'hospitalisation.

## INTERVENIR AUPRÈS DE L'ENFANT

À l'hôpital, le psychologue n'agit pas dans un cadre de psychothérapie classique. Pour autant, sa fonction peut être qualifiée de thérapeutique en ce qu'elle vient soutenir le psychisme de l'enfant dans le « travail de la maladie » (Pedinielli *et al.*, 1996).

Ainsi, la maladie et l'hospitalisation peuvent impliquer pour l'enfant une importante blessure narcissique. Le cours normal de la vie est interrompu. L'image du corps est atteinte et peut se trouver modifiée, remaniée. L'hospitalisation et les soins augmentent la dépendance aux adultes, soignants et parents. Le corps est l'objet de soins intrusifs. « *Dans la plupart des cas, l'atteinte narcissique produit une régression qui est suivie par un long travail d'élaboration (travail de la maladie). Les manifestations de ce "travail" se repèrent principalement dans les jeux de l'enfant, dans ses "théories infantiles de la maladie", mais aussi dans la manière dont il se représente son corps malade. Le rôle des parents est déterminant dans les échecs de ce processus psychique qui tend vers l'intégration de la maladie de l'enfant dans son histoire* » (Pedinielli, 1996).

Dans ce cadre, le psychologue de liaison va être un « facilitateur », aidant l'enfant à donner du sens à ce qu'il vit et à intégrer la maladie et l'hospitalisation dans son histoire de vie. Outre la parole, le jeu, le dessin, le psychologue dispose de différents médias thérapeutiques pensés spécialement à destination des enfants hospitalisés (par exemple, des brochures, des DVDrom, des poupées chirurgicales). Les vécus et les émotions s'expriment souvent au travers de ces médias et sont accompagnés et soutenus par la parole et les gestes du psychologue.

Le psychologue reste aussi très attentif à la « profondeur » de la vie psychique de l'enfant. En effet, comme le conceptualise Pierre Marty (Marty *et al.*, 1963) au travers de l'idée de « pensée opératoire », la maladie et l'angoisse qu'elle cause chez l'enfant et ses parents (en particulier dans le cadre de la maladie chronique) risquent de venir oblitérer les capacités de rêverie de l'enfant, « écraser » l'espace psychique nécessaire à l'élaboration. Travailler



sur l'imaginaire et la créativité et aider l'enfant à retrouver le plaisir du jeu vont permettre de favoriser la ré-émergence de cet espace psychique.

### Vignette clinique

Pierre, cinq ans, passe trois demi-journées par semaine à l'hôpital pour des séances de dialyse. Une fois par semaine, durant trente minutes, la psychologue l'accompagne et stimule ses dessins (*squiggle* ou dessin à deux), ses jeux d'imagination et ses constructions d'histoire. Ces médias, à la fois, permettent une certaine projection et un certain travail des angoisses de l'enfant, mais, surtout, ils relèvent d'une coconstruction visant à stimuler l'imaginaire et la créativité chez l'enfant.
Parmi ces médias, un jeu permet de construire des animaux imaginaires. Après une période où la psychologue propose des constructions et des noms possibles pour ces animaux, Pierre se prend au jeu, crée ses propres animaux et prend un intense plaisir à leur inventer des noms tout à fait originaux.
Ce travail se prolongera ensuite dans un livret regroupant les animaux inventés, ancrant ainsi durablement la sensation de plaisir associée au jeu et à l'imaginaire sur un autre média (le livret), poursuivant ainsi le travail de symbolisation.

## INTERVENIR AUPRÈS DES PARENTS

Le psychologue va donc accompagner la relation parent-enfant, parfois mise à mal par la maladie, et par des appareillages médicaux et une immobilisation parfois nécessaires du fait de l'état de santé de l'enfant. Il encourage les parents à continuer à tenir leur rôle auprès de l'enfant hospitalisé (dans les soins quotidiens, les jeux, la toilette, les repas) et à maintenir des interactions adéquates avec lui. Les parents restent ainsi un repère solide pour l'enfant, assurant une continuité qui l'aidera à dépasser le trauma de l'hospitalisation.
Dans ce cadre se pose la question de la « juste parole ». En effet, nous recevons des parents qui vivent des émotions très lourdes. Il est difficile pour le psychologue de maintenir une position de neutralité bienveillante classique, comme l'exprime Yolande Arnault : « *Se laisser pénétrer par la détresse de l'autre, mais demeurer présent, sans fuite dans de vaines et inutiles paroles comme un aveu d'impuissance, qui peut pousser, pour se sortir du malaise provoqué, à balbutier quelques mots maladroitement lénifiants – et pour qui dans le fond ? Mais à l'inverse, écouter, accueillir, ne pas juger, est-ce déjà soulager ? Est-ce suffisant ?* » (Arnault, 2005.)

Ainsi, le psychologue se doit d'être à la fois empathique et contenant. La question de la parole juste dans ces entretiens de soutien est donc fondamentale et difficile. Elle n'a pas de réponse établie et se repose à chaque nouvelle situation, impliquant pour le psychologue de réajuster son positionnement au plus juste, pour chaque patient et pour chaque famille.
Il a aussi une fonction de soutien auprès des parents dans l'épreuve que représentent la maladie et l'hospitalisation de leur enfant. C'est ce soutien qui créera éventuellement des conditions favorables pour l'élaboration et la mise en mots de leur vécu et de leurs ressentis. Dans ce cadre, la collaboration avec les psychologues-psychiatres adultes est à penser, pour créer des interrelations favorisant la juste place de tout un chacun. En effet, le psychologue d'enfants s'occupe prioritairement et principalement de la part « parent » de l'adulte.

**Se pose la question de la « juste parole ».**

Par ailleurs, l'intervention psychologique à l'hôpital n'oublie pas la fratrie et les autres membres de la famille élargie. Ce travail demande parfois l'intervention de plusieurs psychologues pour prendre en charge les différents membres de la famille (parents, beaux-parents, grands-parents, fratrie, autres), psychologues qui doivent maintenir une cohérence entre leurs interventions respectives.

### Vignette clinique

Ilias, sept ans, est suivi par le service de néphrologie-dialyse, au sein duquel il passe trois demi-journées par semaine pour des séances de dialyse. Sa mère souffre d'une pathologie mentale rendant difficile son rapport à la réalité et causant d'importants fantasmes autour de la maladie de son fils, en particulier des fantasmes de captation de l'enfant par l'équipe médicale et paramédicale. Dans ce cadre, il s'avère impossible pour la psychologue qui suit Ilias d'être aussi en lien avec ses parents. C'est donc l'autre psychologue du service qui intervient et représente le versant psychologique des soins dans les interactions de l'équipe avec les parents.

## INTERVENIR AUPRÈS DES SOIGNANTS

Comme expliqué plus tôt, la présence du psychologue à l'hôpital général est relativement récente. Ainsi, dans certains hôpitaux, et dans certains services, la place du psychologue est acquise, son rôle compris et son utilité reconnue. Dans d'autres endroits, le psychologue a encore à trouver sa place, à se faire accepter, à installer une collaboration avec l'équipe soignante.

De plus, cette place n'est jamais complètement acquise. Des régressions sont toujours possibles lorsque le service est mis à mal, par exemple en cas de décès d'un patient ou de changements importants dans le fonctionnement du service. Les possibilités de collaboration se jouent bien sûr dans la dynamique du service, mais aussi au cas par cas. En effet, l'alliance est aussi à travailler et à entretenir avec chaque soignant, les défenses de chacun lui permettant plus ou moins d'entrer en contact avec l'aspect émotionnel du soin et la rencontre avec un être en souffrance.
Le rôle du psychologue implique de faire partie de l'équipe tout en étant à la fois extérieur à cette équipe soignante. En effet, il doit pouvoir garder du recul par rapport à ce qui se joue dans le groupe que forment les soignants, en termes de mouvements psychiques conscients et inconscients. Il doit pouvoir ressentir les émotions du groupe, mais avoir le recul nécessaire pour les comprendre, les utiliser et ne pas se laisser emporter par elles. Il ne s'agit bien sûr pas de porter un regard analysant, interprétatif sur les membres de l'équipe, un regard intrusif et inopportun qui, à coup sûr, entraînerait le rejet du psychologue hors du groupe, mais bien de pouvoir apporter à l'équipe une perspective et une modération par rapport à ses réactions dans des situations difficiles. Or, comme l'expliquent les théories sur la dynamique des groupes (Kaës, 1999), il est particulièrement difficile de se maintenir ainsi à la lisière du groupe, ni à l'intérieur ni à l'extérieur.
Il ne s'agit pas non plus pour le psychologue de trouver la distance « idéale » par rapport à l'équipe, et qui serait la même pour tous. De fait, chaque psychologue va se positionner différemment par rapport à l'équipe : certains se tiendront au plus près du quotidien des patients et des soignants, quand d'autres resteront plus en retrait, avec un regard plus global. Cela se joue en fonction de la sensibilité de chacun, de son orientation théorique, mais aussi de la place qu'il est possible de prendre dans une équipe donnée au moment où le psychologue y fait son entrée.
Du fait de cette situation particulière, le psychologue de l'équipe peut jouer un rôle auprès des soignants lorsque sa position mi-dedans, mi-dehors, n'est pas mise à mal : réunions de liaison avec l'équipe médicale, consultations conjointes, contacts réguliers avec l'équipe autour d'une situation, par exemple. Il peut aussi ponctuellement jouer un rôle d'écoute et de soutien auprès d'un soignant qui serait mis en difficulté par une situation lourde émotionnellement et qui résonnerait particulièrement chez lui.
Mais ce rôle doit parfois être joué par un professionnel extérieur à l'équipe, dans les situations où le psychologue apparaît positionné à l'intérieur de l'équipe, pris dans les mouvements psychiques groupaux, comme pour les debriefings lors du décès d'un enfant, par exemple.

Ainsi, le psychologue d'une équipe soignante ne peut en être le superviseur. Mais en ce qu'il interpelle l'équipe sur son fonctionnement, il permet aux soignants de prendre du recul et de penser leur pratique professionnelle.

## LA LIAISON ENTRE L'ENFANT, SA FAMILLE ET LES SOIGNANTS

### Créer du lien

Le psychologue de liaison communique de façon formelle et informelle avec les autres soignants autour de leurs patients communs. Il travaille à créer du lien, à tisser avec les soignants une sorte de filet de mots contenant et porteur pour l'enfant et sa famille. En effet, en promouvant la communication autour du patient, il va faciliter la cohérence des interventions et, par là même, étendre à l'ensemble des soignants sa fonction contenante.

### Faciliter la communication

Par ailleurs, la position du psychologue lui permet de lier les différents vécus de l'enfant, du parent et du soignant. Il crée ainsi une cohérence en reliant parfois des comportements qui semblent s'opposer à première vue. De cette façon, il peut faciliter une compréhension mutuelle et participer à désamorcer les malentendus et conflits entre enfant, parents et soignants (Giordano, 2009).

### Promouvoir la subjectivité du patient

Souvent, tomber malade signifie devenir l'objet de la médecine et des soignants. Le psychologue de liaison va travailler auprès des équipes et des patients la question de la subjectivité : le patient, objet de la médecine, est aussi et avant tout sujet de son expérience de vie !
La maladie et l'hospitalisation sont en elles-mêmes sources de souffrances, physique et psychique. Mais lorsque la place de sujet du patient vient à être niée, sa souffrance psychique s'intensifie. Or, comme l'explique Laurent Morasz (Morasz, 2003), reconnaître le patient comme sujet implique pour le soignant d'accepter d'entrer avec ce patient dans une relation authentique, de personne à personne.
Pourtant, plus la situation est médicalement difficile, plus on observe une tendance du soignant à se réfugier derrière des actes ou des paroles techniques, sans s'engager émotionnellement dans la relation avec le patient. Par cette attitude, le soignant cherche à se protéger lui-même d'un trop-plein de souffrance psychique, le patient « diffusant » autour de lui ses affects douloureux. Pourtant, ce mécanisme de défense utilisé par le soignant est inadapté, car il se ferme ainsi à la possibilité d'élaborer un vécu émotionnel douloureux inévitable en lien avec son activité professionnelle.
Le psychologue va alors intervenir pour favoriser la reprise du lien humain autour du patient. Cela peut se faire dans →

le cadre des réunions de liaison avec l'équipe médicale : parler simplement du patient (et de sa famille), le nommer et dire quelques mots de son histoire de vie, de ce que cette situation peut lui faire vivre, permet indirectement aux soignants de travailler sur leurs propres émotions vis-à-vis d'une situation.
Il peut aussi arriver qu'un soignant vienne demander une aide, une écoute, directement auprès du psychologue. Celui-ci va alors accompagner le soignant dans la mise en mots de son vécu, pour lui permettre d'élaborer ses émotions douloureuses et les accepter, dans la durée, sans s'épuiser.

### Inadéquation entre temps médical et temps psychique

Hormis dans les situations d'hospitalisation de longue durée, il y a souvent un décalage entre le temps qui serait nécessaire à mettre en place un réel travail d'élaboration avec le patient et le temps médical. L'hospitalisation s'interrompt même parfois sans que le psychologue ne soit prévenu et n'ait pu apporter une « clôture » psychique à sa prise en charge, voire parfois sans son avis.

### Vignette clinique

Manon, deux ans, arrive à l'hôpital en urgence en hélicoptère, l'hôpital le plus proche de son domicile ne pouvant assurer les soins spécialisés que son état requiert. Ses parents ont suivi en voiture. Ils arrivent plusieurs heures plus tard. Présentant une pathologie somatique aiguë, elle passe quelques jours aux soins intensifs, avant d'être transférée dans un service ordinaire. Une semaine après son admission, les médecins, rassurés sur son état, proposent son retour vers l'hôpital d'origine, en respect des accords entre les deux hôpitaux. Or, la maman ne se sent pas prête à ce retour. Encore sous le choc de la situation d'urgence puis du séjour en soins intensifs, elle reste très inquiète : « *Tout cela va trop vite !* » Bien que cette préoccupation ait été relayée par la psychologue, l'enfant sera transférée le jour même.
C'est le travail dans la durée avec l'équipe soignante qui va permettre de faire prendre conscience de la nécessité d'intégrer les dimensions psychologiques du soin, dont le temps psychique, au-delà des contraintes du somatique.
Par ailleurs, la demande des soignants que le psychologue intervienne auprès du patient et de la famille n'est pas toujours synchronisée avec leurs besoins réels. En effet, le psychologue est souvent appelé à l'aide lorsque l'équipe se sent débordée par les émotions intenses générées par la situation médicale. Intervenir à ce moment n'a pas toujours de sens pour le patient et sa famille.
Néanmoins, il suffit souvent que le psychologue signifie son accord de rencontrer le patient et-ou sa famille, pour que l'angoisse de l'équipe médicale s'apaise. Déléguant en partie au psychologue le versant affectif de la situation, elle pourra alors assurer une prise en charge plus sereine. De son côté, le psychologue peut alors prendre le temps nécessaire pour penser la demande et s'assurer de rencontrer le patient dans de bonnes conditions.
Ainsi, le soutien apporté dans un moment de crise peut permettre la création d'une alliance qui débouche le plus souvent sur un travail psychologique durant l'hospitalisation. Il se peut aussi que cette intervention soit inadéquate pour le patient, qui le fera alors sentir. Il s'agit d'être attentif et sensible à sa réaction, d'interroger respectueusement sa demande, pour éventuellement s'effacer et revenir si nécessaire à un moment plus opportun.

## CONCLUSION

À l'hôpital pédiatrique, le psychologue remplit de multiples missions, toutes au service du même objectif. En effet, dans le contexte particulièrement effractant de la maladie et de l'hospitalisation, et pour en minimiser l'impact traumatique, le psychologue va travailler avec l'équipe soignante et la famille pour maintenir autour de l'enfant hospitalisé un environnement psychiquement contenant et, autant que possible, protecteur. C'est aussi ce cadre sécurisant qui va créer les conditions favorables pour la mise en mots et l'élaboration psychique pour chaque acteur de cette expérience : enfant, parent et soignant.
On perçoit ici tout le sens du mot « liaison » : le psychologue travaille au tissage de liens suffisamment bons entre les différents acteurs pour protéger au mieux le psychisme de chacun.

## Bibliographie


**Arnault Y.,** 2005 , « Et la famille dans tout ça ? », *in* Ben Soussan P. *et al., Des psys à l'hôpital, quels inconscients,* Ramonville-Saint-Agne, Érès.

**Giordano G.,** 2009, « Les "clashs" parents/soignants en oncologie pédiatrique : réaction caractérielle ou violence institutionnelle ? », *Sociétés, vol. 3, 105 :* 21-34.

**Kaës R.,** 1999, *Les Théories psychanalytiques du groupe,* Paris, PUF.

**Marty P., De M'Uzan M.,** 1963, « La pensée opératoire », *Revue française de psychanalyse, n° spécial, 27 :* 345-355.

**Morasz L.,** 2003, *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital : patients,* soignants, *familles,* Paris, Dunod.

**Pedinielli J.-L., Bertagne P., Montreuil M.,** 1996, « L'enfant et la maladie somatique : le "travail de la maladie" », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 44 :* (1-2), 22-31.

**Winnicott D. W.,** 1971, *Jeu et réalité,* Paris, Gallimard.

# États limites : quelle posture éducative et thérapeutique ?



Maryse Maligne

Formatrice en travail social

**Ne pas se laisser enfermer dans le psychisme des personnes dites « états limites », anticiper leur détresse et contenir leur angoisse tient, pour les intervenants, d'une posture thérapeutique périlleuse tant il y a danger à se laisser entraîner dans une même turbulence narcissique.**

Si, comme nous le supposons, le choix de travailler auprès des individus *borderline* s'inscrit dans l'histoire personnelle des éducateurs et des thérapeutes, il est nécessaire d'en comprendre les conséquences.

Tel un acrobate en équilibre sur un long fil tendu, nous cherchons nos propres limites. Dans la plupart des cas, le filet est solide, mais, parfois, il peut être fragilisé par l'usure. La chute peut être douloureuse et la vigilance est requise.

Si nous avons souhaité réfléchir sur ce thème, c'est que nous observons tour à tour des étudiants qui tombent dans le même engrenage et dans le même tourbillon transférentiel et narcissique des états limites.

Dans cet article, nous proposons de mettre en lien la pathologie narcissique de ces personnalités avec la difficile posture éducative et thérapeutique qui met à l'épreuve la structuration psychique des intervenants.

## LE SURMOI COMME PARE-EXCITATION

Depuis Didier Anzieu, nous savons que la formation du Moi-peau (Anzieu, 1995) assure le passage entre l'intérieur et l'extérieur, frontière qui permet à l'enfant de régulariser ses pulsions destructrices. Le Moi-peau est pare-excitation, car, en donnant les soins à son enfant, la mère l'aide à se construire une protection solide.

Le Moi-peau protège le psychisme comme la peau protège les muscles et les os.

Cela revient à dire que le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe sous l'effet des forces qui l'animent. Il met à l'épreuve ses pulsions au contact de la réalité extérieure. La réponse de l'environnement est, à ce moment-là, primordiale.

En ce sens, le Surmoi sert de pare-excitation, car il permet d'intérioriser la loi symbolique et, par là même, de réguler les manifestations de ses désirs.

Nous pensons que le Surmoi joue un rôle essentiel dans la rencontre avec les états limites.

Lorsque tout va bien, nous sommes capables de travailler nos capacités de représenter. Non pas comme source de vérité ou de science, mais simplement comme un étayage possible pour entrer dans un entre-deux d'illusions partagées. L'état limite n'a pas bénéficié du travail nécessaire à la mentalisation, de fait l'*acting out* contre soi-même et ou en direction d'autrui est privilégié.

« *L'agir violent est une manière de mettre fin à un débordement émotionnel, d'éviter un vécu de chute dans une agonie primitive, mais aussi de trouver au dehors une contenance défaillante au dedans* » (Roussillon, Chabert, Ciccone, Ferrant, Georgieff, 2007).

Le Surmoi de l'intervenant n'est pas infaillible et les règles du fonctionnement psychique peuvent être ébranlées par la rencontre. En effet, la violence à laquelle nous sommes confrontés fragilise le psychisme et sème la confusion.

Sous l'effet d'attaques répétées, le Surmoi affaibli de l'intervenant ne joue plus son rôle de pare-excitation, c'est-à-dire qu'il ne parvient plus à anticiper la détresse de l'Autre et ses réponses sont de moins en moins appropriées.

Au quotidien, nous sommes pare-excitation, car nous anticipons les situations d'angoisse. Nous tentons de contenir le désir du sujet en lui offrant le réceptacle dont-il a besoin.

Voici le texte d'une étudiante de troisième année de formation. Aurore commence ainsi l'un de ses travaux* : →

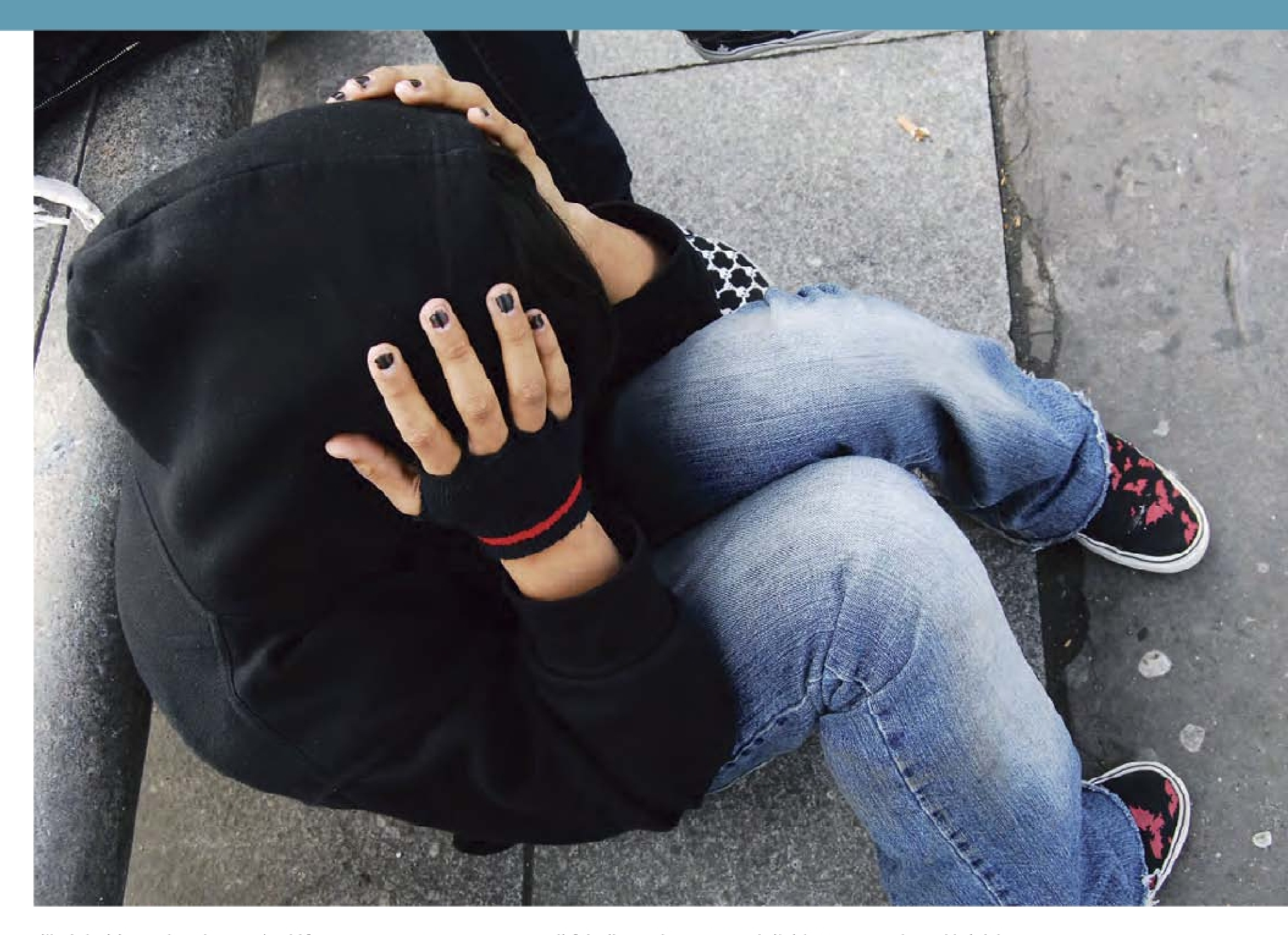
**Note**

* Maillet A., extrait de son mémoire de fin d'études, juin 2012, Irts de Poitiers.

*Caro qui est en fugue depuis quelques jours rentre d'elle-même au foyer. Pendant quelques jours, elle est très mal, refuse de nous parler et ne souhaite pas se mélanger avec le reste du groupe. De plus, elle dort mal et cherche à s'isoler.*
*On la soupçonne de consommer de la drogue au sein du foyer, car il y a certains états qui ne trompent pas. Un soir, vers 20 h., après le repas, alors que je me trouve dans le bureau des infirmiers, j'entends une autre jeune entrer dans la salle de bains et dire :* « Putain, ça sent le shit là ! » *Après vérification, il s'agit bien d'une odeur illicite. Caro est derrière nous pendant que nous fouillons les locaux (salle de bains, chambre, etc.), elle nous regarde faire. Dans un premier temps, nous trouvons des miettes au fond de boîtes diverses, puis je mets la main sur un sachet assez important d'herbes, qui se trouve sur la tuyauterie de la salle de bains. Je la rejoins dans sa chambre et lui demande ce que c'est, mais elle me claque la porte au nez. Je redescends avec le sachet pendant que mon collègue tente de discuter avec elle. Comme elle refuse, il descend également. Je dépose le paquet sur le bureau, il est environ 20 h 45, mais je n'ai pas tellement la notion de l'heure. Je sais que peu de temps vient de s'écouler. Le veilleur de nuit, qui vient d'arriver, nous dit :* « C'est normal que Caro soit assise sur le rebord de la fenêtre ? » *Tout de suite, nous sortons. Une infirmière se trouve déjà à l'étage. Nous sommes sous la porte d'entrée. Caro est assise sur le rebord de la fenêtre. Elle a mis sous ses fesses une couverture afin de mieux glisser et s'est penchée pour tomber. Ma collègue qui est à l'intérieur a le réflexe de la retenir par le bas de son jean. Caro crie et répète :* « Mais laissez-moi, laissez-moi, je veux mourir ! »
*L'infirmière parvient à la rentrer, Caro s'effondre en pleurs. Un des infirmiers a déjà prévenu le médecin. Il nous informe que, dès le lendemain, il annoncera à Caro qu'elle partira pour l'hôpital psychiatrique en chambre d'isolement. L'infirmière reste auprès d'elle pour parler, moi je suis toute tremblante. Je suis restée peu de temps avec eux. Je sens que je vais pleurer, je préfère partir. Dans ma voiture sur le parking, je pleure et m'imagine voir ce corps tomber. Je me dis qu'en si peu de temps elle serait morte, que la vie ne tient à rien parfois ; si le veilleur n'était pas arrivé, nous aurions entendu un gros boum et tout aurait été fini. C'est à ce moment-là que je me suis dit que j'étais responsable, car c'est MOI qui avais trouvé le sachet et que sans cette drogue elle mettait fin à ses jours. Toute la soirée, chez moi, je n'ai cessé d'entendre à nouveau ses paroles :* « Mais laissez-moi, laissez-moi ! »
*Le lendemain après midi, je retourne au foyer pour travailler de 14 h. à 21 h. Le médecin est là et a déjà prévenu la jeune fille qu'elle allait être internée en chambre de soins intensifs. Pendant que nous partons en réunion, Caro reste dans sa chambre. Elle sera emmenée par un infirmier après la réunion.*
*Pendant le temps de cette réunion, personne n'est présent pour la surveiller…*

**Pour l'état limite, la perte s'inscrit dans le réel.**

Pris dans les réminiscences de ses angoisses, l'intervenant est confronté à celles du sujet : « *Je suis coupable de ne pas être suffisamment fort pour te sauver.* »
Les sentiments d'échec à répétition favorisent la posture régressive liée à la crainte de détruire le premier objet d'amour. Destruction qui fige désormais la répétition dans le temps et l'espace de la mémoire. Si, pour l'intervenant, l'angoisse est archaïque et met en lumière ses peurs imaginaires, pour l'état limite la perte s'inscrit dans le réel. Ainsi, André Green (Green, 2010) désigne une expérience particulière que peut vivre l'enfant lorsque sa mère, après avoir été un objet source de satisfaction et de stimulation, devient subitement froide, éteinte comme morte. Soudain, dévorée par une dépression grave liée à un deuil réel ou à une grande déception de la vie, elle est subitement trop triste pour interagir de façon vivante avec son enfant. Cette présence absente de la mère l'expose au sentiment de vide et d'impuissance, à la solitude, comparables à ce qui peut être vécu dans l'expérience du deuil. L'enfant est alors laissé seul avec lui-même alors qu'il aurait désiré un partage émotionnel basé sur la vitalité des échanges. Si la mère ne répond pas à l'enfant, il peut alors penser l'avoir détruite. La peur de la perte est inscrite en chacun de nous et les intervenants n'échappent pas à cette règle.
Il s'agit donc de ne pas se laisser enfermer dans le psychisme de l'autre. Les mécanismes de défense des personnalités *borderline* sont primitifs, faits d'identifications projectives et de clivages qui risquent d'entraîner chez les professionnels de fortes réactions émotionnelles. Margarett Little (Little, 1951), dans son article intitulé « Le contre-transfert et la réponse du patient à celui ci », précise : « *Chacun d'eux représente un miroir différent contenant à la fois une série de projections répétées et d'autres, nouvelles et inédites.* »
Ainsi la complexité et l'enchevêtrement de ces différents mouvements sont mis en évidence.
L'intervenant peut donc être exposé à revivre des angoisses primitives qui l'incitent à mettre en avant



d'inévitables mécanismes de défense comme se « blinder » de façon à protéger ses affects. Dans ce cas, le Surmoi ne joue plus son rôle de pare-excitation, mais se rigidifie jusqu'à devenir imperméable à la souffrance de l'autre. L'intervenant peut également être assujetti dans la relation, c'est-à-dire qu'il peut s'aliéner au désir de l'autre ou encore se sentir investi d'une mission. Ce sentiment de toute-puissance est le désir inconscient de pouvoir guérir le sujet. Certains persistent jusqu'à l'épuisement, jusqu'à ce que la honte psychique décrite par Vincent de Gaulejac (de Gaulejac, 2002) fasse perdre toute confiance en leurs capacités et que leur psychisme en soit affecté. Ils peuvent alors avoir l'impression d'être indigne de la tâche qui leur a été confiée.

Dans ces cas-là, les angoisses primitives sont liées à l'expérience du deuil. Pour l'intervenant, elle est imaginaire, car la peur d'être abandonné n'est pas l'abandon. Nous avons tous fait l'expérience d'être un jour séparé de l'être aimé, mais nous l'avons surmonté grâce au rythme suffisamment bon de la Mère et à notre capacité de symboliser. L'expérience du « *for da* » décrite par Sigmund Freud en est d'ailleurs un exemple. En effet, par le jeu de la bobine, il montre comment son petit-fils parvient à penser l'absence de sa mère dans la présence. Dans un surprenant va-et-vient, il fait disparaître et revenir l'objet comme si, au déplaisir de la perte, se substituait le plaisir de gérer, d'ordonnancer soi-même la disparition.

Pour l'état limite, la perte est réelle. Nous pouvons dire que cette expérience unit les individus, alimente la fascination en même temps qu'elle menace la structure psychique des intervenants.

## LE SURMOI ET L'IDÉAL DU MOI DANS L'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE

Les motivations qui induisent la posture professionnelle des intervenants est à mettre en lien avec le narcissisme projectif des états limites.

Nous avons interrogé plusieurs étudiants sur leurs motivations à vouloir travailler auprès des personnalités *borderline*. La plupart ont répondu qu'il s'agissait d'une sorte de pari, de « challenge personnel » qui les poussait à se confronter à cette difficulté. De plus, notre expérience professionnelle nous permet de faire le constat suivant : l'idéal du Moi des intervenants s'apparente à une volonté de ne pas se soumettre à la loi en même temps qu'ils la représentent. C'est un paradoxe qui est à comprendre comme un désir non avoué de réconciliation avec la loi du père. En son temps, Gabriel-Honoré Riqueti de →

→ Mirabeau a dû lutter contre les idées paternelles pour, finalement, demander à être enterré dans la tombe de celui-ci.
Conscient qu'il ne s'agit là que de la partie émergée de l'iceberg, ces remarques méritent néanmoins d'être prises en considération. Travailler avec ces personnalités *borderline* exige un nécessaire renoncement. C'est-à-dire qu'il faut sinon abandonner, du moins prendre conscience du dangereux décalage qui existe entre nos aspirations et la pathologie à laquelle nous sommes confrontés.
Depuis Sigmund Freud, nous savons que la recherche de l'idéal du Moi est à mettre en lien avec le narcissisme perdu de l'enfance. Dans le développement de l'enfant, la honte précède la culpabilité. En effet, la honte est intimement liée à l'absence du regard suffisamment contenant de la mère. Il ne faut donc pas confondre honte et culpabilité même si ces deux termes sont étroitement mêlés. En effet, la culpabilité correspond au fait de ne pas se sentir suffisamment fort pour « sauver l'individu », alors que la honte est davantage liée au regard de la mission dont la personne se sent investie et pour laquelle elle ne se sent pas suffisamment digne.
Les rapports entre la mère et le nourrisson posent le socle de l'idéal du Moi. La représentation de soi est alors agréable ou, tout du moins, supportable.
Progressivement, l'enfant craint davantage de perdre l'amour de soi protégé par son Surmoi que celui de ses parents. C'est ainsi qu'il va s'intéresser à d'autres choses qui sont importantes pour lui, car elles sont importantes pour eux.
Le sentiment de castration qui marque la fin de l'œdipe indique que la crainte est plus forte que le désir et favorise le continuum de l'idéal du Moi. L'enfant idéalise le code moral de ses parents, même si, à l'adolescence, la rupture est brutale.
L'intervenant inscrit sa problématique dans le paradoxe du meurtre du Père, incarné par l'autorité de l'État. « *Je te défie en même temps que je t'aime.* » Dans ce contexte, la rencontre avec l'état limite est brutale, car il souffre de ne pas être dans le paradoxe. Les mécanismes de clivage l'obligent à adopter une relation qui s'inscrit dans le tout ou rien.
Lilian était un jeune garçon de quatorze ans, extrêmement difficile, dont le profil se rencontre fréquemment en institut thérapeutique éducatif et pédagogique, en maison d'enfants à caractère social, en foyer de l'enfance, en centre d'éducation fermé…
Cet enfant a un rapport à l'autre marqué par le clivage. Parfois, il cherchait à m'agresser physiquement et sa violence était extrême. À d'autres moments, il recherchait ma compagnie et me faisait des déclarations d'amour.
Jeune éducatrice, j'avais bien des difficultés à me situer, d'autant que la loi symbolique n'était pas ou peu représentée par la direction de l'établissement où je travaillais à l'époque. Cet enfant avait été confié à la maison d'enfants dans le cadre d'un placement judiciaire. Abandonné par sa mère, une prostituée, il avait été élevé quelque temps par sa grand-mère, qui semblait constituer le seul repère fiable de l'adolescent. Son rapport aux femmes était à la fois teinté de haine et d'amour fou.
« *Je n'étais pas un bon fils puisqu'on ne m'a pas donné assez. J'ai besoin de tuer l'autre pour exister. L'Autre, c'est la femme qui ne m'a pas donné ce qui me manque, cette part qui fait de moi l'ombre et la lumière, le jour et la nuit… le paradoxe* », pensais-je.
L'état limite ne saisit qu'un côté des choses, il rêve d'une vie normale et tente de l'obtenir ; d'autre part il répond au principe de plaisir sans sembler avoir accès au principe de réalité. La demande est exclusive et la rencontre est brutale.
Nous devons prendre conscience des risques auxquels nous nous exposons pour que la relation ne devienne pas un lieu de confrontation : narcissisme contre narcissisme. Le Surmoi protège le narcissisme, car il autorise le fantasme. Chez l'état limite, l'imaginaire prend le pas sur le symbolique. C'est pourquoi il existe un risque de fabulation, le sujet peut dire ce que nous avons envie d'entendre, car il fonctionne en « faux self », il est adapté… en surface. Le Surmoi est détourné de sa mission à cause de la relation anaclitique, c'est-à-dire que le sujet agit dans une relation de dépendance à l'autre. Le Surmoi ne joue donc plus son rôle et renvoie le narcissisme dans l'imaginaire et le réel. Le risque, c'est que le surmoi de l'intervenant se projette sur le narcissisme du sujet rendant impossible toute mentalisation liée à l'idéal du Moi.
Ne pas renoncer à son idéal signifie entrer dans l'illusion de l'immobilité psychique, comme le souligne Vincent Estellon (Estellon, 2012) : « *Le sentiment d'être identique à soi malgré*

## Bibliographie

**Anzieu D.,** 1995, *Le Moi-peau,* Paris, Dunod.

**Ciconne A., Ferrant A.,** 2008, *Honte, culpabilité et traumatisme,* Paris, Dunod.

**De Gaulejac V.,** 1996, *Les Sources de la honte,* Paris, Desclée de Brouwer, 2002.

**Estellon V.,** 2012, *Le Temps immobilisé,* Ramonville-Saint-Agne, Érès.

**Green A.,** 2010, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort,* Paris, Éditions de Minuit.

**Klein M.,** 2001, *Le Transfert et autres écrits,* Paris, PUF, 2007.

**Little M.,** 1951, « Courtertransference and the Patient's Response to it », *Journal of Psycho-Analysis.*

**Roussillon R.,** 1991, *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse,* Paris, PUF.

**Roussillon R., Chabert C., Ciccone A., Ferrant N., Georgieff, P.,** 2007, *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale,* Paris, Masson.

**Sami-Ali,** 1992, *De la projection : une étude psychanalytique,* Paris, Dunod, 2004.

**Winnicott D.W.,** 1989, *Processus de maturation chez l'enfant,* Paris, Payot.

*les différentes épreuves de la vie fonde la croyance même d'exister dans une forme relative de permanence.* » Et c'est à cela que sert la projection. Elle s'intègre dans le transfert et fige le désir dans le leurre de son aboutissement.

## PORTE HONTE, PORTE CULPABILITÉ : DÉJOUER LE PIÈGE DE LA CONFRONTATION

Albert Cicconne et Alain Ferrant (Cicconne et Ferrant, 2008) nomment le « porte culpabilité » et le « porte honte » les tentatives du sujet pour rendre la personne conforme à ses attentes.

Si le porte honte ou le porte culpabilité sont inévitables, est-il possible de trouver une alternative ponctuelle à la relation ? Et si oui, quelle forme nous paraît la plus judicieuse ? C'est la question à laquelle nous allons maintenant tenter de répondre.

Comme la mère « *suffisamment bonne* » (Winnicott, 1989), l'éducateur va tenter, à partir d'un moment et d'un lieu privilégiés de permettre au sujet de venir expérimenter quelque chose qui semblait toujours se répéter sur le même mode.

*Il ne faut pas confondre projection et transfert.*

Pour Mélanie Klein (Klein, 2007), la projection aide à identifier dans le monde extérieur un objet sur lequel est projeté l'affect destructeur porté en soi. Si le Moi éprouve du plaisir, l'objet est « bon », alors que, lorsque le Moi éprouve du déplaisir, l'objet devient « mauvais ».

Au début de la vie, sujet et objet sont confondus. L'enfant a besoin de cliver pour s'y retrouver. De façon caricaturale, ce qui est projeté au-dehors concerne le déplaisir tandis que ce qui est introjecté se rattache au plaisir selon les configurations du modèle oral : « *Ce qui est bon, j'avale ; ce qui est mauvais, je crache.* » Dans cette position, l'objet ne pré-existe pas, il est en construction. C'est en cela que la projection identificatoire construit un objet d'identification. L'étape qui suit la projection est l'identification projective, qui aboutit, dans le développement normal, à la réintégration identifiante de ce qui a été projeté. Or, René Roussillon nous dit que « *le cas limite répèterait indéfiniment cet échec primordial du détachement primaire de l'objet, non symbolisable, mais enkysté dans le narcissisme primaire du sujet* » (Roussillon, 1991). Entre la projection et l'identification projective quelque chose se refuse à la transformation et fige la douleur qui s'exprime au plus près de la représentation de l'objet perdu. L'image renvoyée par l'Autre n'est plus soutenue par son amour, mais vissée sur le trauma de la perte empêchant le nécessaire travail de la projection-identification. La construction de l'objet implique l'apprentissage de l'ambivalence, c'est-à-dire la capacité de se représenter l'autre comme à la fois bon et mauvais. C'est précisément ce processus d'ambivalence que le clivage met en échec.

Il est nécessaire d'augmenter les introjections positives. L'individu qui est soumis continuellement à des expériences négatives possède une image de soi défaillante et est dominé par les pulsions de mort. Il y a une difficulté ou une grande fragilité à maintenir une distinction interne/externe ainsi que l'amorce dans l'interne d'une différenciation entre l'imaginaire et les représentations perçues.

Les expériences créatrices fortifient les bons objets internes qui pourront secourir l'enfant dans les situations de détresse, elles augmentent la sécurité intérieure et la foi dans les capacités réparatrices. Le besoin de réparation résulte de l'accès à la position régressive qui intègre les bons et mauvais objets internes et externes et engendrent des sentiments d'ambivalence. L'enfant peut alors faire l'expérience de la présence dans l'absence. C'est-à-dire qu'il peut accepter d'être séparé de l'Autre sans se sentir abandonné.

La projection est avant tout une tentation de maîtrise du sujet associé au clivage et alimenté par lui. Il s'agit autant que possible de ne pas se confronter de plein fouet au sujet, mais de tenter d'isoler la perception pour tenter de la mettre au travail.

### Expérience de théâtre sous forme de comédie musicale

Nous proposons de privilégier la question du porte honte ou du porte culpabilité par l'intermédiaire d'une activité qui privilégie le processus projectif.

Il y a de nombreuses années, nous avons mis en place une activité théâtre sous forme de comédie musicale en *play back*. Le choix des *Misérables* n'était pas innocent. Les adolescents choisissaient leur rôle. Dans cet espace potentiel au sens de Donald W. Winnicott, les perceptions étaient alors projetées sur le personnage.

L'intervenant participant ou non à l'activité portait alors un regard bienveillant, qui permettait alors à l'adolescent d'introjecter des éléments positifs. Ce qui me semble intéressant dans cette expérience, c'est bien la respiration psychique : introjection-projection venant rompre le schéma cognitif.

Il ne faut pas confondre projection et transfert. Le terme de transfert renvoie au déplacement de sentiments, désir... inconscient d'un objet vers un autre. La projection est un mécanisme de défense qui consiste à faire porter à autrui des sentiments qu'on ne peut accepter comme siens. Pour Sigmund Freud, l'origine de la projection est liée à deux faits complémentaires : il s'agit, pour le sujet, de percevoir le monde extérieur alors que la mise en œuvre du dedans et du dehors n'est pas encore effective. →

De ce fait, nous proposons donc d'offrir un cadre à la fois sécurisant et contenant dans un bain de musique pour offrir à l'adolescent un espace régressif et créatif.
Pour Sami-Ali, la définition de la projection peut être définie comme suit :
« *Opération par laquelle le sujet expulse de lui et focalise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments et des désirs, voire des objets qu'il méconnaît ou refuse en lui.* » (Sami-Ali, 1992.)
La musique offre un bain de sensations et permet aux perceptions de se libérer. Aucun texte à apprendre. Pour des personnes en échec solaire, le moment semble mal choisi pour mettre l'accent sur l'apprentissage. Nous réservons ce temps à l'approche éducative et thérapeutique.
Je me souviens de Melissa qui avait choisi d'interpréter le personnage de Fantine et qui laissait couler un flot de perceptions autorisé et sans danger. Laisser la projection faire son œuvre et la temporalité se figer dans cet espace d'illusion. Rendre positive une expérience *a priori* négative pour déjouer le réel et offrir un seconde souffle.
Ainsi, l'activité est perçue comme entre-deux thérapeutique tout en respectant le rythme de l'intervenant. Cela lui permet de récupérer et lui laisse le temps de mettre son psychisme au travail.
Le théâtre est une initiative parmi d'autres qu'il nous faut envisager dans un contexte plus global. Ce qui compte, c'est de ne pas devenir prisonnier du narcissisme de l'autre, de ne pas devenir objet de fascination en même temps que l'autre nous fascine. Avoir conscience de notre culpabilité comme de notre propre honte nous encourage en même temps que cela nous protège.

## CONCLUSION

D'une part, le Surmoi est à considérer comme pare-excitation, car il permet de contenir les angoisses du sujet. Cependant, dans la rencontre avec les pathologies limites, cette posture peut mettre en exergue des peurs archaïques qui réveillent un sentiment de culpabilité et activent la mise en place de possibles mécanismes de défense.
D'autre part, il permet de maintenir les fantasmes liés à L'idéal du Moi. Mais, là encore, il faut être vigilant et comprendre les motivations profondes qui nous incitent à faire nos choix pour éviter une danse narcissique pathogène avec les états limites.
Enfin, nous avons voulu proposer une alternative ponctuelle à la confrontation directe avec les personnalités *borderline* et, plus précisément, en accentuant nos propos sur la projection pathologique. L'activité n'est qu'un exemple parmi d'autres. Pour la suite de notre recherche, nous proposons de faire une étude auprès d'étudiants et professionnels afin de démontrer les points communs qui existent chez les personnes qui choisissent de travailler auprès d'états limites.
La suite de cette réflexion devrait nous permettre d'affiner nos positions.

# Les représentations de l'eau chez les enfants



Christine Durif-Bruckert
Maître de conférences honoraire
Groupe de recherche en psychologie sociale (GRePS), université Lyon-2

**Cette enquête qualitative sur les représentations qu'ont de l'eau et d'autres boissons les enfants révèle des éléments sur leur subjectivité, leur imaginaire à propos de l'eau et des boissons en général. Elle montre bien l'ambivalence de cette population qui lui fait appréhender l'eau à la fois comme substance sacrée par ses fonctions protectrices du corps et de la santé, mais aussi comme aliment à peu près banal, sans saveur.**

Les travaux de recherche en sciences humaines et sociales sur le choix des boissons et sur les modalités de consommation sont globalement inexistants, plus encore chez les enfants. Par ailleurs, les études réalisées sur les pratiques et représentations alimentaires des enfants ne donnent que très peu d'informations sur le rapport à l'eau et à l'ensemble des boissons [1] (Fischler, 1997, Diaso, Hubert, Pardo, 2009).

Dans une perspective psychosociale et anthropologique, nous avons ainsi cherché à comprendre les attitudes et les conceptions de la classe d'âge des neuf/onze ans vis-à-vis des boissons. Nous avons privilégié une technique qualitative de recueil de données. Nous avons ainsi rencontré dans des quartiers urbains très différents (défavorisés, favorisés, mixtes) de Lyon et sa région, quatre-vingt-quatre enfants de cette classe d'âge (dont trente-cinq filles et quarante-neuf garçons). L'enquête s'est déroulée dans le cadre d'une douzaine de *focus group* et de soixante-cinq entretiens individuels au sein de centres sociaux, municipaux ou privés, de centres de loisir et d'animation. La durée importante des *focus* (jusqu'à deux heures) et la dynamique soutenue des interactions et des échanges ont incité les participants à développer leurs points de vue. Nous avons considéré leurs propos comme une déclaration construite à un moment donné et dans le contexte spécifique de la situation de groupe.

L'ensemble des données récoltées nous a menés d'une part à identifier les représentations sociales prioritaires de l'eau et à analyser les éléments d'influence qui orientent le choix et les préférences des boissons appartenant à des registres de goût distincts. Plus largement, ces données nous ont permis de prendre en compte le rapport que les enfants entretiennent avec leur corps et leur santé et avec leur environnement naturel familial et social.

En référence à nos travaux antérieurs (Durif-Bruckert, 2003, 2007, 2009), notre analyse des contenus des représentations sociales de l'eau s'est appuyée sur les paradigmes de l'image du corps, de l'incorporation ainsi que des normes sociales. Nous avons ainsi retenu cinq axes thématiques prioritaires qui nous ont permis de comprendre comment les participants à cette recherche se sont approprié l'objet eau dans ses dimensions psychophysiologiques et sociales.

## L'EAU COMME MÉTAPHORE DU VIVANT

Au-delà des enjeux de santé, la grande majorité des enfants enquêtés disent incorporer, lorsqu'ils boivent de l'eau, un élément qui donne la vie et la maintient. Ils la conçoivent comme la métaphore du vivant. En tant qu'élément de vie, l'eau est précisément utile autant à la planète qu'à l'homme. Aussi, les attitudes de respect qui ponctuent leurs discours sur l'eau sont fondamentalement liés à un sentiment de responsabilité vis-à-vis d'un élément précieux, qui est « donné » et dont la richesse et les propriétés ressortent comme étant d'une extrême complexité .

La responsabilité écologique vis-à-vis de l'eau est pensée par les enfants sur le mode d'une attitude évidente, qui va de soi, mais aussi qui est renforcée par les nombreuses recommandations médiatisées et fortement intériorisées par eux. Ainsi, l'eau qui circule dans l'environnement est →

**Note**

1. Étude réalisée et coordonnée en août 2013 sur « les représentations de l'eau chez les enfants de 9-11 ans » par Christine Durif-Bruckert, avec l'assistance de Marlène Duplessy, psychologue. Elle a été financée par Nestlé-Waters.

→ la même que celle qui s'active dans le corps. Par cette vision, ils s'inscrivent et sont assimilés dans le « monde » qui, par leurs propos, se définit bien au-delà de la notion de milieu et-ou d'environnement et même de contexte social. Par l'intermédiaire de leurs multiples récits sur l'eau, ils revendiquent leur appartenance au monde des vivants et se définissent eux-mêmes comme élément, particule vivante du cycle de la vie. Par réciprocité, l'ingestion de l'eau leur permet d'assimiler (tout en s'assimilant à elles) les caractéristiques du vivant qu'ils ont décrites selon quelques constantes.

De façon très dominante, l'eau est dotée d'une force sauvage, qui est décrite, dans tous les cas, comme étant irrépressible et incontrôlable : « *Elle est plus forte que l'homme... Elle est plus forte que mon corps.* »

Sa puissance transformatrice est constamment évoquée au travers de son agilité et de son extrême mobilité et changement d'état. Cette imprévisibilité inquiétante confère à l'eau le statut d'un personnage aux qualités doubles et paradoxales. Selon un principe anthropologique central, toute matière active par la puissance de ses ressources, réelles et imaginaires, peut aussi bien donner la vie que la détruire (Peter, 2004). Elle est l'image de la sécurité et celle du malheur. L'eau a fasciné et inquiété les enfants : « *Il faut s'en méfier... Il y a des risques avec elle... Elle peut faire des inondations... Elle peut avoir des trous et elle t'aspire.* »

À un autre niveau, la dimension mystérieuse, secrète et profonde de l'eau – « *Elle vit au fond de la Terre* » –, fait écho à l'expérience de l'intimité et de la vie intérieure, plus globalement de la représentation de soi.

Les enfants évoquent également sa prédisposition à transporter et assurer les passages. Dans l'extension symbolique de cette fonction concrète, l'eau a un pouvoir d'initiation et d'accompagnement de la croissance.

Ces caractères primordiaux de l'eau établissent ainsi un lien d'analogie très fort entre les mouvements de la nature et ceux des corps, constitués de cette même et identique substance liquide.

## L'EAU EST UN CONSTITUANT DU CORPS

L'eau constitue et assure le fonctionnement physiologique. Ce point est incontestable dans les discours des enfants : « *Le corps est programmé pour boire... L'eau est le liquide préféré du corps.* » Elle est « *le seul aliment qui fait que du bien au corps* ». Dans ce sens, elle assure plusieurs niveaux d'équilibre que nous avons organisés selon quatre fonctions indissociables. Tout d'abord, l'eau équilibre les niveaux de liquide. De l'avis de tous, « *le corps a besoin d'un pourcentage d'eau qu'il faut respecter* », bien que certains annoncent des chiffres très fantaisistes. Mais s'il faut « *ravitailler* » le corps en eau, il convient de ne pas trop l'abreuver, ce qui serait tout aussi dangereux : « *Ça pourrait déborder.* » Ainsi, le corps a une petite réserve d'eau au-dessous de laquelle « *il s'assèche de façon dangereuse... se dessèche* », et même « *devient tout sec comme les momies : le sang durcit, il perd son caractère liquide* ».

La déshydratation et la perte d'eau sont dangereusement intensifiées par la pratique du sport et la chaleur ambiante. Dans cette logique très mécanique, dominante dans cette classe d'âge, l'eau est conçue comme « *le carburant du corps* » : « *Quand on transpire, il y a l'eau qui sort du corps et il faut en remettre.* » De plus, elle contribue à réajuster la température du corps : « *Sans eau le corps, naturellement chaud, pourrait étouffer avec le chaud extérieur.* » Elle assure encore le niveau des nutriments, « *les minéraux, le fluor, les vitamines, le calcium... qui donnent de l'énergie aux muscles... et sont les garants de la croissance* ». Enfin, l'eau maintient la propreté du corps tout en le purifiant : « *Elle lave le corps... remplace l'eau sale du corps... lave les reins...enlève ce qui pollue le corps... fait sortir le mauvais du corps.* » Ce drainage du corps est essentiel au moment des repas pour « *faire passer* » les aliments et accompagner la digestion : « *Il faut boire au moment des repas* » pour « *décoincer les aliments qui se bloquent... nettoyer les intestins* » et ainsi favoriser



l'évacuation des déchets du corps et plus spécifiquement des éléments poisons (le sucre, la graisse).
C'est pour cette raison que l'eau a des effets sur les maladies et, de façon plus courante, a des vertus apaisantes : « *Elle lutte contre le stress… enlève les maux de tête… enlève la fatigue et l'énervement.* » Pour toutes ces raisons « *le manque d'eau peut avoir des conséquences graves* ». Dans cette perspective, et de façon tout à fait logique, l'eau a des pouvoirs de prévention et de guérison irremplaçables, plus spécifiquement dans le contexte du diabète que les enfants ont identifié comme une maladie « *créée par le sucre… qui part du sucre… C'est trop de sucre, l'eau peut l'enlever* ».

## LES STRATÉGIES D'INGESTION DE L'EAU PARTAGÉES PAR LES ENFANTS

S'il est indiscutable d'ingérer de l'eau, il est plus difficile de la considérer comme une boisson, dans la mesure où elle est spécifiquement définie par son absence de goût. Et, comme l'exprime l'un des participants : « *Si on n'est pas obligé, on n'en boit pas.* » De façon unanime, elle est décrite par sa fadeur et par l'absence de toute sensation de déglutition : « *Rien d'autre ne peut être comparé à l'eau dans ce sens de la fadeur ; il n'y a que l'eau qui ait ce goût d'eau… quand on la boit, on sent rien.* » Ils disent ne pas avoir envie de boire de l'eau, voire ils oublient de le faire. À l'absence de goût qui caractérise l'eau sont associées les dimensions de transparence, d'inconsistante et d'absence de couleur. À l'égard de sa liquidité, les enfants montrent davantage leur intérêt dans la mesure où ils en investissent la fluidité et le caractère d'écoulement, fortement chargé de sensations positives liées aux représentations du mouvement dans le corps : « *Ça coule, ça s'écoule, ça pousse, ça fait passer.* »
Autrement dit, les enfants enquêtés n'associent pas l'eau de façon prioritaire à la notion de soif. Ils déclarent qu'ils ressentent d'ailleurs peu la soif : « *Je n'ai pas envie de boire de l'eau et je n'ai jamais trop soif.* » Un nombre important d'entre eux disent qu'ils ne boivent pas (certains pas du tout) dans la journée, s'il n'y a pas de (bonnes) raisons de le faire, c'est-à-dire l'expression d'un besoin physiologique d'hydratation, ou plus explicitement de soins du corps comme nous l'avons précédemment abordé : « *Si on n'est pas obligé, on boit pas.* » Or, pour maintenir les niveaux d'eau dans le corps et bénéficier de ses nutriments, les enfants mentionnent quelques « arrangements », disons des stratégies d'ingestion, consistant à tromper cette fadeur. Parmi celles-ci, retenons le choix des moments de son ingestion dans la journée, le fait de la boire fraîche ou encore d'y ajouter un sirop de fruit. Les bulles donnent « *un certain goût* », tout du moins apportent un « *petit plus* ». Enfin, en fonction de leur source, les eaux minérales peuvent être dotées de propriétés positives et attractives : « *Celle-ci, je l'aime bien, elle a des composites de la montagne dedans.* »
La soif d'eau est majoritairement circonstancielle et est décrite essentiellement comme une réponse à une



**« *Je bois quand mon corps a soif* ».**

situation spécifique, lorsque « *le corps réclame de l'eau* ». « *Je bois quand mon corps a soif* », dit l'un des enfants. La plupart d'entre eux disent boire par habitude, à rythmes réguliers matin, midi et après-midi, et s'appliquent à s'imposer quotidiennement des répartitions et des quantités (de un à cinq verres sur le modèle de l'injonction Plan national nutrition santé ) : « *C'est automatique, comme ça j'oublie pas.* » Ces déclarations assimilent l'eau à une quasi-prescription médicamenteuse, ce qui dégage un tant soit peu les enfants du fait « *d'en avoir envie* » ou pas.
*A contrario*, ils expliquent fort bien qu'il n'est pas nécessaire de ressentir la soif pour boire les sodas, l'ingestion de soda n'étant pas réductible à sa nécessité physiologique, →

## Bibliographie

**Billaux M.-S.,** 2010, *Le Goût du sucre, plaisir et consommation,* Paris, Autrement.

**Birch L. L.,** 1980, « Effects of Peer Model's Food Choices and Eating Behaviors on Preschoolers' Food Preference », *Child Devel, 51 :* 489-496.

**Chiva M.,** 1985, *Le Doux et l'amer : sensation gustative, émotion et communication chez le jeune enfant,* Paris, PUF.

**Diaso N., Hubert A., Pardo V.,** 2009, *Alimentation adolescente,* Paris, Cahiers de l'OCHA.

**Dupuy A., Poulain J.-P.,** 2008, « Le plaisir dans la socialisation alimentaire », *Enfances, vol. 60, 3 :* 261-270.

**Durif-Bruckert C.,** 2003, « Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire », *Champ psychosomatique, 29 :* 71-95.

**Durif-Bruckert C .,** 2007, *La Nourriture et nous. Corps imaginaires et normes sociales.* Paris, Armand Colin.

**Durif-Bruckert C.,** 2009, « Le contrôle du corps nourri : rhétoriques de l'emprise et mouvements de dépossession du sujet », *Connexions, 92(2) :* 180-192.

**Fischler C.,** 1997, *Le Repas familial des 10-11 ans,* Paris, Les Cahiers de l'OCHA.

**Jutras S., Bisson J.,** 1994, « La conception de la santé chez des enfants de 5 à 12 ans. Quelques clefs pour la promotion de la santé », *Sciences sociales et santé, 12 (2) :* 5-37.

**Peter J.-P.,** 2004, « Drogues et poisons, ambivalences », *Ethnologie française,* vol. 34, 407-409

**Rigal N.,** 2002, « La naissance du goût », *Mission Agrobiosciences.*


→ mais relevant d'une préférence et d'une attirance, voire d'une tendance naturelle qu'ils défendent unanimement. Ce point renvoie à un débat fondamental : si l'attirance pour le sucré est une prédisposition enfantine (Chiva, 1985), elle est également liée à un renforcement socioculturel et à un contexte relationnel et affectif fort (Rigal, 2002 ; Birch, 1980 ; Billaux, 2010)

## RECHERCHE D'ÉQUILIBRE ENTRE LES DIFFÉRENTS RÉPERTOIRES DE BOISSON

L'eau est située au sein d'un système de représentation des boissons composé de trois catégories de boisson bien identifiables et que les enfants présentent sur un mode très nuancé : l'eau (les eaux minérales gazeuses et non gazeuses), les sodas (Coca-Cola, Fanta, Ice-tea), et les « *jus* » (jus de fruits). Ce système a structuré les préférences et organisé les catégories du bon et du mauvais en référence à plusieurs notions croisées : les notions du goût et du plaisir, de la socialité, de la santé ainsi que du vécu sensoriel. L'identité et la valeur de l'eau sont ainsi construites en confrontation avec les boissons sucrées. Celles-ci sont décrites comme des boissons qui ont du goût. Mais, si le sucre contribue à leur donner une saveur agréable, les préférences pour ces boissons sont reliées à d'autres propriétés plus larges, liées à la texture, l'odeur, les composants, ainsi qu'à la coloration de ces liquides.

Les enfants concernés par cette étude ont un investissement particulièrement important de l'énergie chimique, artificielle, colorée qui « *pique, pétille, fait des bulles... Ça excite ces boissons, le Coca surtout*[2]». Ce langage rend compte d'une série de sensations corporelles, qu'ils partagent largement dans cette tranche d'âge : « *Ça* [les sodas] *gonfle le ventre... ça fait du bien quand on le boit, là dans la gorge... ça remonte... ça fait roter.* »

Nous avons observé que les termes qui qualifient les boissons sucrées et (à un degré moindre) les « *jus* » traduisent une consistance sensible du corps. Les échanges que nous avons pu observer entre enfants lors des pique-niques, dans le cadre des centres aérés, sont caractérisés par ce langage, accompagnés de toute une gestuelle de démonstration des boissons : ils les agitent, les montrent et, d'une certaine façon, les mettent en valeur comme objet de prolongement de leur corps propre.

La manière dont les enfants ont pu activer le plaisir de la boisson dans ce contexte d'activité et sur un mode de la connivence et d'un entraînement mimétique fort représente un processus de construction identitaire qui nous a semblé important dans la mesure où « *le plaisir est un acte de sens qui permet à l'enfant de s'approprier l'expérience et de s'affirmer* » (Dupuy, Poulain, 2008).

Nous pouvons alors différencier deux schémas de définition des boissons : « fadeur/transparence/nature » et « attirance/consistance/chimie ». Il est important de noter que les « *jus* » ont un statut intermédiaire entre ces constructions du naturel et du chimique. À la fois naturels (ce sont des fruits pressés) et consistants (colorés, sucrés), ils permettent de faire acte de santé et de préservation du corps. Effectivement, ils sont systématiquement consommés le matin au petit déjeuner « *afin de prendre des forces et de tenir la journée* ».

Sur la base de cette double polarité médiatisée par les « *jus* », et au travers de la notion d'énergie, les enfants créent des relations de continuité et de complémentarité entre les trois catégories de boisson. Chacune d'elle apporte une énergie spécifique constitutive de la matière du corps et de « *ce qui lui fait du bien* ». Ainsi, l'eau apporte une énergie vitale et vitalisante, mais sans goût, alors que le jus de fruits apporte une énergie préventive vitaminée, sucrée naturellement par le goût des fruits. Les sodas, eux, produisent des effets associés à une énergie perçue dans sa dimension d'excitation.

En parlant de leurs conceptions et rapports aux boissons, les enfants s'inscrivent à l'intérieur de deux modèles

principaux : la sagesse du corps et le plaisir du corps. Ces deux modèles ne s'excluent pas, mais fonctionnent sur un mode complémentaire de réponse à des attentes corporelles et à une double norme : la norme de plaisir, la norme de santé. Les discours qui valorisent l'une et l'autre de ces boissons, en appui sur des logiques différentes, ne s'avèrent pas incompatibles à l'intérieur des champs de vision et des vécus du corps des enfants. Ils essayent de les faire cohabiter sur un mode équilibré (exprimé par eux dans ce sens) et dans une recherche de modulation et selon certaines codifications : « *De temps en temps* », « *pas souvent* », « *pas tout le temps* », « *pour certaines occasions* ».

## INCORPORATION DE LA PERMISSIVITÉ FAMILIALE

Le rapport entre eau et boissons sucrées est l'objet d'un débat central qu'ils conduisent en référence à la permissivité de l'entourage familial.

Le cadre familial fonctionne comme un cadre de référence qui interdit, permet ou légitime les consommations. La question de la permissivité familiale et des styles de vie ressort comme un point de divergence significatif dans le groupe des enfants. En fonction de ce critère, nous avons identifié deux orientations de discours. Dans le cadre des *focus* réalisés dans des quartiers mixtes et sensiblement plus défavorisés, les enfants enquêtés déclarent majoritairement un milieu familial plus permissif vis-à-vis de la consommation des boissons sucrées et se montrent moins distants (moins critiques) à l'égard de cette consommation. Ils disent que les boissons sucrées font partie de leur vie quotidienne. Selon des variables relevant des cultures familiales, les boissons sucrées sont associées à différents moments de la journée (repas, départ pour l'école et retour de l'école, moment du goûter. Un certain nombre d'entre eux s'approprie le rituel de l'apéritif parental comme un temps de permissivité « ouvert ». Ils évoquent également les temps plus extraordinaires comme les vacances, les anniversaires, les fêtes ou les journées de sortie durant lesquels la quantité de soda peut être largement augmentée. Pour un certain nombre, plus minoritaire, la limite est déterminée par le fait de « vider » les bouteilles stockées : « *Je m'arrête quand il n'y en a plus.* »

Inversement, les enfants des *focus* réalisés dans les quartiers plus favorisés parlent, dans leur majorité, de la réglementation des boissons sucrées marquée par la limitation de l'achat des bouteilles de sodas : « *On en boit un verre chaque jour pour que ça dure.* » De façon plus rare, certains d'entre eux rapportent l'absence radicale de boissons sucrées dans l'espace familial. Parallèlement, ils parlent de l'encouragement (voire de l'obligation) très explicite de boire de l'eau : « *Ils m'obligent à boire.* » Dans ce cas de figure, les enfants montrent une connaissance plus grande des marques d'eau minérale et de leurs spécificités (goût et fonctions). Globalement, ils sont critiques à l'égard de l'absence de contraintes qu'ils constatent chez les autres enfants (observations de débats *intra focus* intéressants).

Dans leur ensemble, ils disent que les systèmes de régulation par la famille sont renforcés par les discours scolaires alors que, paradoxalement, le contexte scolaire est présenté comme étant peu influant dans leurs expériences de rapport aux boissons, si ce n'est lors des pratiques sportives et dans le cadre d'occasionnels programmes pédagogiques.

Par ailleurs, ils expliquent que les réglementations d'ordre préventif sont contredites par la promotion publicitaire des boissons sucrées. Ils notent et, pour certains, dénoncent explicitement ces contradictions, qui ont pour effet tant de réactiver leur part de responsabilité vis-à-vis de la consommation d'eau : « *C'est à nous de ne pas suivre ce qu'ils nous disent* », que de légitimer leur consommation de boissons sucrées : « *On nous tente à la télévision.* »

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

D'un commun accord, les enfants qui ont participé à cette étude ont identifié les pouvoirs de l'eau et sont tombés d'accord sur la responsabilité sociale, politique et écologique des sujets sociaux (dont ils font partie) vis-à-vis de ce bien précieux perçu comme un indicateur de richesse ou de pauvreté. Cette étude fait ressortir que l'eau est consommée pour ce qu'elle représente, ce qu'elle permet et procure comme effets. Précisément, elle n'est pas immédiatement pensée et conçue comme une boisson, mais elle est d'abord pensée comme élément naturel appartenant à l'environnement, puis comme un élément quotidien indispensable pour les fonctions corporelles et la protection du corps et de la santé [3]. Les participants se sont positionnés entre la valorisation de l'eau qui est considérée comme un élément indispensable et quasi sacré, par les fonctions qu'elle joue et un manque d'attirance pour celle-ci en tant que boisson. L'un des objectifs de cette étude a été effectivement d'identifier la manière dont les enfants font face à ce paradoxe et ce qui les influence dans ce sens.

Dans cette perspective, l'eau est située au sein d'un système et d'un répertoire d'apports complémentaires qui ont été →

**Notes**

2. La caféine, la cola et d'autres excitants sont abordés dans les *focus*. Les boissons énergisantes sont abordées avec plus de prudence et ne ressortent pas comme objet familier de consommation pour l'ensemble des enfants.

3. Nous n'avons pas abordé ici les usages de l'eau dans le quotidien, pourtant présents dans leurs échanges : la cuisine, la toilette…

construits dans une continuité et sur la base de quatre paramètres : le goût et la texture (fadeur, goût, consistance), le type d'énergie (vivante, vitalisante, vitaminée, excitante), les fonctions et les effets (le respect et l'entretien du vivant, le maintien d'un équilibre psychophysiologique, l'activation du plaisir).

Enfin, les modalités et la temporalité d'ingestion sont importantes, chacune de ces boissons étant consommée selon des codes, dans des circonstances et des moments spécifiques de la vie individuelle, familiale et sociale. Quelques études font ressortir ce point important : la consommation d'une boisson est liée aux circonstances de consommation. Ces codes d'ingestion sont essentiels en ce qu'ils renforcent et légitiment les attentes et qualités attribuées à chacune des boissons, tout en leur conférant un statut de boisson. L'influence de la culture familiale est importante et reste prédominante bien qu'elle soit en contradiction avec d'autres formes de transmissions sociales : discours nutritionnels, normes diététiques et messages publicitaires que prennent en compte les enfants en jouant alternativement sur les attitudes d'adhésion et-ou de mise à distance. Nous n'analysons pas, dans le cadre de cet article, l'alchimie et les mécanismes d'influence de ces différentes sources. La rencontre avec les pairs innove d'autres liens de socialité et d'interaction qui impriment de leur marque, nous l'avons vu, leurs préférences.

L'élaboration de l'ensemble de ces représentations a fonctionné à l'intérieur des groupes de recherche comme un véritable travail d'élaboration, comme une réflexion collective et une prise de conscience très importante de ce que représente l'eau pour eux-mêmes et dans leur classe d'âge. La prise de conscience des écarts et des ressemblances s'agissant de leurs conceptions et valeurs a fonctionné, sur un mode quelque peu ludique, comme une possibilité de positionnement et de mise en perspective de soi. Au travers de la conquête collective d'un savoir sur l'eau, ils ont ainsi traduit différents niveaux de préoccupation très vive dont celles du rapport au corps dont ils révèlent la complexité psychophysiologique et sociale, dans une prise en compte à la fois de l'indissociabilité des dimensions mécaniques, affectives, symboliques et environnementales, et des rapports entre les fonctionnements et dysfonctionnements corporels. Cette dimension du corps les a menés à aborder le respect de ses équilibres et la lutte contre la maladie, mais aussi et, plus généralement, le souci de soi et la notion de plaisir essentiel à cet âge de la préadolescence.

Plus encore, ces échanges traduisent un rapport global à la santé que les enfants ont valorisé bien au-delà des dimensions strictement sanitaires. Sylvie Jutras et Jocelyn Bisson ont fait ressortir que les conceptions de la santé chez les enfants reposent en grand partie sur une préoccupation des états corporels : la fonctionnalité, la forme, l'énergie et le bien-être (Jutras et Bisson, 1994). Les produits de boisson ont été précisément catégorisés sur la notion de « ce qui fait du bien au corps ». L'élargissement de la notion de santé donne des pistes à investir et ouvre plusieurs niveaux de questionnement à approfondir à partir de leurs propres élaborations. Par exemple, en ce qui concerne les enjeux pédagogiques, on peut se demander comment concevoir des stratégies qui ne moralisent pas de façon excessive la question du rapport aux boissons chez les préadolescents et même les adolescents. Il nous semble important « en situation concrète » de sortir des clivages entre plaisir et santé et de trouver les voies indiquées par les participants à cette recherche pour réinjecter du plaisir et même de la poésie dans le fait de faire acte de santé.

***Sortir des clivages entre plaisir et santé.***

Afin de poursuivre un travail de réhabilitation de l'eau auprès de cette population, sans doute faut-il aborder avec eux ce qui caractérise leur rapport aux boissons comme le résultat de leurs propres compétences à faire cohabiter et à joindre (faire le joint) dans leur vie, et dans leur expérience corporelle plus fondamentalement, des besoins et des désirs qui se présentent comme étant apparemment contradictoires.

# Être seul, avec quelques autres

**Il arrive que l'on reçoive un adolescent de treize ans ; il pense qu'il faut être gentil avec les objets, ne pas les critiquer, parce que, sinon, ils pourraient vouloir se venger. Souvent, il dit à sa mère de ne pas crier après eux. En même temps qu'il raconte ses craintes les plus profondes, des larmes perlent et roulent le long de ses joues : « *Je ne sais pas pourquoi* », dit-il, comme en anticipant une question potentielle. Une boule d'émotions nous saisit, toute référence théorique a disparu, nous sommes tous les deux seuls à partager un océan de tristesse. Il part en me remerciant, devant ses parents un peu surpris, et on pense alors à l'intensité du sentiment de solitude vécu par certains enfants.**

Parfois, la séance ressemble à un îlot qui dériverait au fil des associations d'affects. Et les associations continuent de rouler, bien après la séance, en direction des lettres qu'Anna Freud envoyait à son père ou à son amie Eva Rosenfeld, dans les années 1920. La première, pourtant bien entourée, confie à son amie qu'elle rêve de se retrouver sur une île. À vingt-trois ans, la cure analytique dirigée par son père provoque chez Anna Freud une recrudescence de son désir d'écrire des poèmes qui complètent ou s'agencent avec ses « belles histoires », ses rêveries diurnes. Elle y évoque, notamment, une longue complainte sur les idéaux déçus, la nécessité de regarder la réalité du mal en face ou, encore, le fait que l'on se dérobe au destin comme des voleurs. Dans un poème intitulé « Erreur », elle évoque la rêverie comme la création d'un monde imaginaire, dans le contexte d'un « petit monde » bâti pour soi-même, où les personnages créés sont protégés, de peur de se faire mal à elle-même en les attaquant. Elle craint alors de « *verser, criminelle, le sang* » de son propre sang. « *Je suis comme une mère qui, par excès d'amour, affaiblit son enfant.* »

Tiens, ça rappelle quelque chose. Et si on comprenait différemment Sigmund Freud en interrogeant le destin de sa fille cadette ? C'est l'époque où, selon son père, Anna « *reste à l'écart de sa propre vie* », mais il ajoute un peu plus tard que le transfert des espérances sur les enfants est une excellente voie « *pour rendre supportables les complexes insatisfaits* ».

L'identification à d'autres est aussi à l'œuvre dans le lien avec son père : « *Quand il est déprimé, je le suis aussi.* »

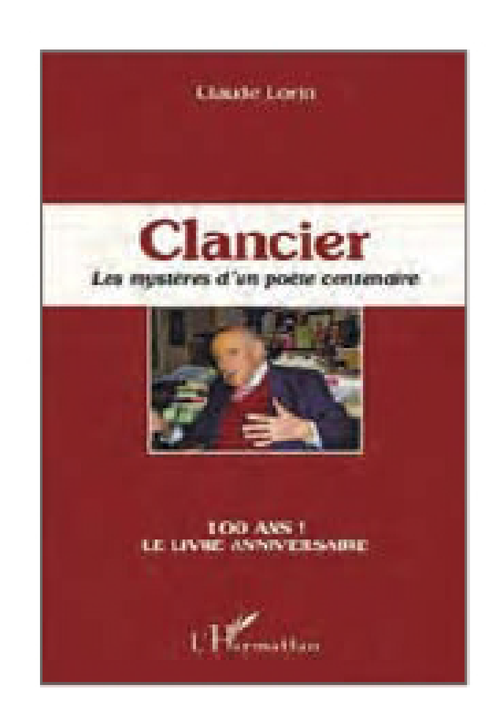
Pourtant, le « couple » résiste aux assauts du monde extérieur, donnant une singulière lumière aux propos du créateur du complexe d'Œdipe, lorsqu'il énonce : « *Personnellement, j'attends du monde extérieur qu'il me laisse tranquille.* » Cette attente résonne avec le propos de sa fille, lorsqu'elle écrit à Eva Rosenfeld : « *Moi, je suis hors d'atteinte. J'adore rester immobile, à l'abri.* » Comme sa fille, Sigmund Freud a arrimé son idéal à une certaine abstinence : la vocation de Freud encore adolescent émerge sous la forme d'une rêverie, celle de voguer sur l'océan avec tous les instruments dont un chercheur a besoin pour mieux ouvrir de nouvelles voies thérapeutiques.

À chacun son vaisseau et ses nouvelles voies, même recyclées. Dans le parcours personnel d'Anna Freud, être seule et ramer sur une barque du lac de Tegel, ou encore les références récurrentes à un îlot renvoyant à un goût de l'isolement illustrent cette tentative de trouver un ailleurs apaisant, un espace d'accalmie pour se reposer, sublimer, trouver un contact avec soi, se sentir vivante, avec « *l'air, le vent et la liberté* ». Être au repos, immobile pendant que le reste du monde continue d'être en mouvement, garde à l'îlot sa valeur de refuge, de cachette. Elle crée ainsi un monde où on ne « *se dessèche pas à force d'y errer* ».

Comment être seul, avec un autre ou non, sans se dessécher ? J'aurais pu vous parler des *Tutos*, nouveau phénomène télévisuel hilarant par sa radicalité potache ; j'aurai dû vous dire l'importance de la *Vie d'Adèle*, récente palme d'or à Cannes aussi vivante que brûlante. Finalement, je reviens sur *Gravity*, film mexicain en apesanteur qui n'a pu que créer un impact à son visionnement. Deux personnages vivent sur une station en orbite ; en dehors du babillage du personnage joué par George Clooney, incarnant ainsi typiquement sa *cool attitude*, ils se retrouvent rapidement seuls. Avec pour dialogue essentiel celui qui vient de l'intérieur, quitte à ce qu'il soit hallucinatoire ou qu'il touche des zones de perte. Visuellement splendide, justifiant pour une fois l'usage souvent épuisant de la 3D, ce film pose des questions profondes, résumées par deux phrases, citées ici de mémoire : « *Il va falloir apprendre à lâcher* », dit George Cloney à Sandra Bullock, la véritable héroïne du film, et, dans le final, grandiose : « *Ce n'est la faute de personne.* » Et l'émotion de submerger chacun.

Créer son monde sans (auto-)accusation et le rendre partageable, disposer de cette liberté de rêver, apprendre à lâcher, à se laisser glisser sans craindre le pire, n'est-ce pas la voie que nous proposons à tous nos patients ?

**Florian Houssier**




**L'Harmattan, 2013**
**196 p., 20 €**
*ISBN : 978-2-343-01561-3*

## Clancier. Les mystères d'un poète centenaire

### Claude Lorin

Claude Lorin est un grand voyageur. Outre son activité d'enseignant, de psychanalyste et d'auteur de nombreux ouvrages, il voyage à travers les continents depuis longtemps, mais, dans le même temps, c'est un explorateur averti des personnes qu'il rencontre. Dévorateur de savoirs et de connaissances dépassant le registre de la psychologie et de la psychanalyse, il s'intéresse à tout ce qui l'entoure.

Aujourd'hui, il nous fait partager une rencontre, celle de Georges-Emmanuel Clancier, poète à la fois reconnu et célébré, mais sans doute pas à sa juste valeur ni à la place qu'il devrait occuper dans la littérature française. L'écriture profondément personnelle de Clancier a certainement séduit Claude Lorin. L'écrivain va avoir cent ans dans quelques mois.

Avec beaucoup de justesse, Claude Lorin nous retrace l'enfance du poète, ce qui déclenche sa passion pour l'écriture, l'importance du lien maternel (à l'âge de six ans, il apprendra à écrire à sa grand-mère), ses racines, son intérêt pour la psychanalyse. Plus qu'une simple biographie où la linéarité du texte épuise parfois le lecteur, l'auteur nous présente un essai authentique, comportant des entretiens vivants dont la nature évolue au fil des séances : c'est à la fois le discours du poète qui change et celui de l'auteur qui, lui-même, modifie son regard au rythme des émotions et des révélations. Comme toujours dans ses écrits, Claude Lorin s'engage personnellement et partage avec l'écrivain ses propres interrogations et ses doutes. Il modèle son sujet sans jamais le déformer : trop respectueux de la personnalité de Georges-Emmanuel Clancier, de « *son engouement pour le sublime* » et de sa traversée existentielle en tant que témoin du siècle dernier, il nous fait découvrir un écrivain plus que jamais vivant et qui restera longtemps à nos côtés. ◗

**Patrick Conrath**




**Érès, 2013**
**258 p., 23 €**
*ISBN : 978-2-7492-386-3-0*

## Actualité des communautés thérapeutiques

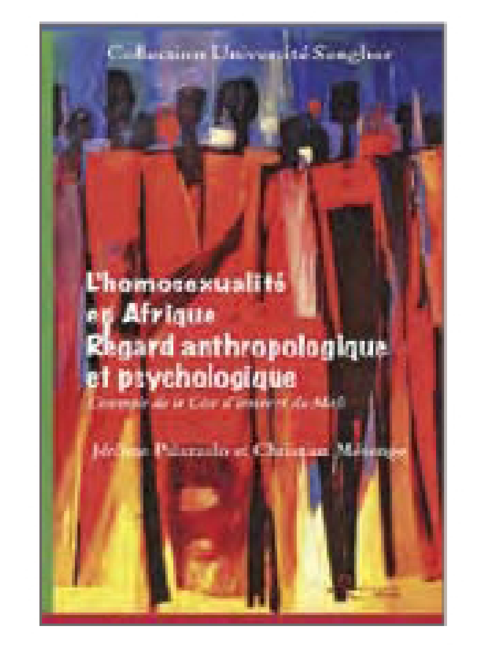
### Sous la direction de Yves Lecomte et Francis Maqueda

L'ouvrage relate tout d'abord les spécificités des communautés thérapeutiques, le contexte dans lequel elles ont émergé et les principes qui les fondent. Mais aussi leurs évolutions, au fil des années, à travers les différentes expériences menées autour de l'idée de réunir des personnes au sein d'un même lieu de vie, défini par des relations égalitaires, où chacun – résident psychotique comme soignant – prend sa place avec ses comportements propres et sa capacité d'accueillir la présence de l'autre et les affects qu'elle suscite.

Certaines applications, en France notamment, ont bénéficié de l'élan de la psychothérapie institutionnelle – qui n'en est pas très éloignée, à ceci près qu'elle prend évidemment pour cadre l'institution psychiatrique –, mais le dispositif, ne pouvant par essence s'adresser à un grand nombre de résidents, est régulièrement mis en péril. Aux antipodes des tendances simplificatrices actuelles qui voudraient prendre en compte les personnes psychotiques selon des logiques essentiellement gestionnaires et les enfermer dans leurs limitations, les communautés thérapeutiques telles qu'elles ont évolué dans leur diversité s'inscrivent dans ce que Marcel Sassolas ancre dans la remise en situation du patient dans l'illusion créatrice, prémices, dans la prime enfance, de la capacité de renoncer progressivement à l'omnipotence dans le contrôle de l'objet. Et par cette création d'un espace qui lui appartienne et sur lequel il est autorisé à agir, de l'amener à supporter l'irruption de la réalité. Et c'est bien parce que le lieu est son chez-soi que ce qui pourra être partagé par les soignants de son vécu sera une entrée dans la remise en chantier de son psychisme.

Cet ouvrage est une adresse à tous ceux qui ont le pouvoir de décider des orientations actuelles en psychiatrie, pour qu'ils résistent aux sirènes des statistiques et de l'évaluation chiffrée. Qu'elle soit entendue. ◗

**Delphine Goetgheluck**



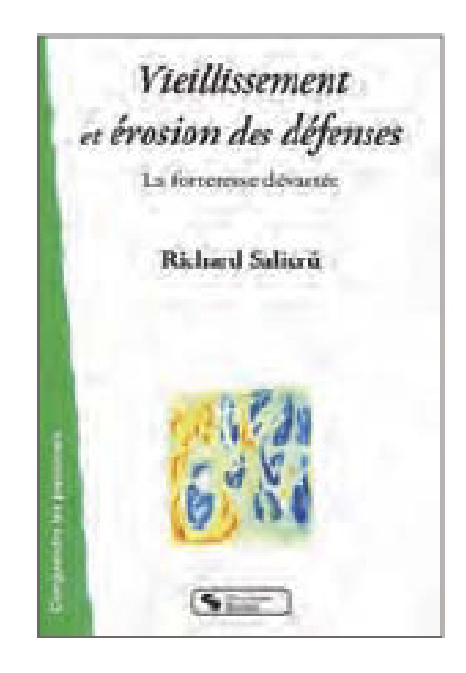

## L'homosexualité en Afrique. Regard anthropologique et psychologique

### *L'exemple de la Côte d'Ivoire et du Mali*

### Jérôme Palazzolo et Christian Mésenge

En Afrique, 22,5 millions de personnes vivent avec le VIH, dont une prévalence élevée au sein de la communauté homosexuelle. Si un programme national de lutte contre le sida existe en Côte d'Ivoire et au Mali, les stratégies de prévention sont difficilement mises en œuvre, car les pratiques homosexuelles sont stigmatisées, l'homophobie est grande et pénalement réprimée. Au rejet, aux moqueries, à la violence s'ajoutent l'ignorance et un climat de pauvreté qui éloignent les gays des systèmes de soin. Des actions spécifiques sont expérimentées avec le soutien d'organisations communautaires homosexuelles. ◗

**Riveneuve éditions 2013 / 147 p., 15 € /** *ISBN : 978-2-36013-140-2*

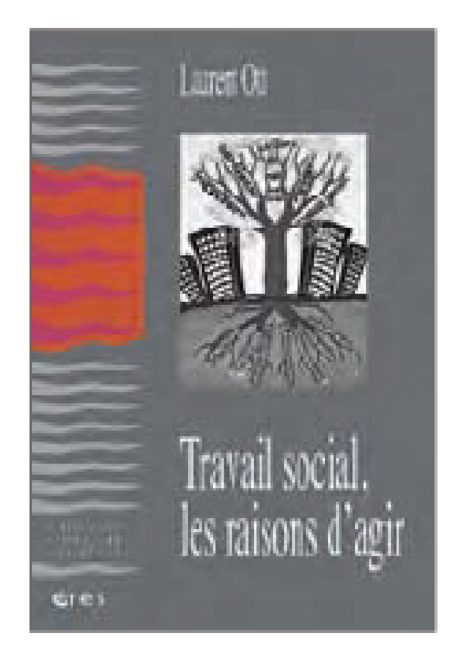



## Vieillissement et érosion des défenses. *La forteresse dévastée*

**Richard Salicrú**

Hommage est rendu ici à la vieillesse des hommes et des femmes. Pour l'auteur de cet ouvrage, le psychisme humain est protégé par des défenses qui tendent à s'amenuiser et s'effondrer à la fin de la vie. Tragiques moments où l'individu est au point déstabilisé qu'il peut en devenir agressif, tyrannique, et présenter des comportements régressifs. Quand la structuration du psychisme a été chaotique, « *les stress de la vie mèneront l'individu jusqu'à la perte de sa raison, plus ou moins jeune* ». Les pulsions internes peuvent alors devenir ingérables.

**Chronique sociale, 2012 / 20 p., 12,50 € / ISBN : 978-285008-957-2**

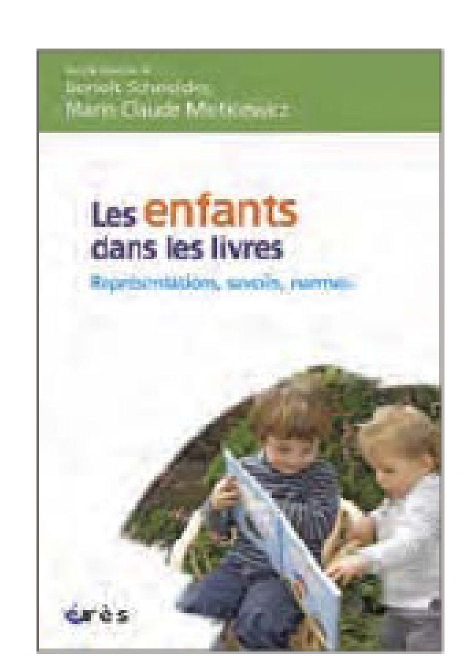



## Travail social, les raisons d'agir

**Laurent Ott**

« *Nous ne voulons plus avoir à choisir entre deux visions du temps : l'urgence et le laisser-faire, les deux partageant finalement le même renoncement au patient travail social.* » Cet ouvrage est le témoignage du travail de plusieurs personnes engagées dans l'association Intermèdes-Robinson à Longjumeau auprès de familles. À la plume, Laurent Ott, éducateur et fondateur de l'association. Ses textes courts illustrés par les visages souriants des enfants sont à lire comme des vignettes indépendantes les unes des autres. Ils percutent, touchent et alertent sur l'absolue nécessité de repenser le travail social, le sortir du ronron administratif, lui accorder des moyens… Malheureusement, ce cri d'alarme n'est pas nouveau et le désenchantement des travailleurs sociaux, minés, souvent découragés devant la difficulté à rénover leur mission, affleure à chaque page.


**Érès 2013 / 255 p., 20 € / ISBN : 978-2-7492-3860-9**




## Les enfants dans les livres. *Représentations, savoirs, normes*

**Benoît Schneider, Marie-Claude Mietkiewicz**

Entre la culture d'enfance et sa sacralisation, le temps a passé. Se sont révélés des représentations collectives, des pratiques éducatives, des comportements parentaux et intergénérationnels, des discours politiques nouveaux. De l'enfant performant à l'enfant victime de « *gavage intellectuel par surapprentissages précoces, perturbations relationnelles liées à l'instabilité des formes familiales, brouillages généalogiques…* », il y a l'enfant, passé d'objet à sujet, qui évolue et se développe selon la complexité de son environnement. Les contributions de cet ouvrage s'intéressent à la représentation de l'enfant dans la littérature jeunesse, la manière dont celle-ci contribue à la socialisation de l'enfant, et l'utilisation qui en est faite par les adultes en charge de leur éducation.

**Érès, 2013 / 252 p., 25 € / ISBN : 978-2-7492-3731-2**




## Approche psychanalytique des troubles psychiques

**Gérard Pirlot, Dominique Cupa**

Névrose d'angoisse, phobique, hystérique, obsessionnelle, troubles de l'humeur, troubles psychotiques… autant de troubles psychiques qui engendrent pour l'individu une souffrance et des symptômes dont il convient de rechercher le sens plutôt que d'y répondre directement et de manière réductrice. Dans cet ouvrage, les auteurs reprennent les grands tableaux psychiatriques, en proposent une sémiologie enrichie des apports contemporains de la métapsychologie, mais aussi d'autres théorisations telles qu'issues des travaux en systémique, ou en neurosciences. Loin des nosographies de type DSM, des statistiques et des tentatives diverses sécuritaires, mais riche de l'expérience clinique des auteurs.

**Armand Colin, 2012 / 336 p., 30,50 € / ISBN : 978-2-200-24910-6**




## Alcool et troubles mentaux

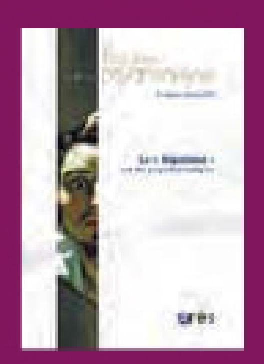
### *De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*

**Amine Benyamina, Michel Reynaud, Henri-Jean Aubin**

Quel est le chemin qui mène du plaisir à la dépendance ? Quels sont les apports de la neurobiologie, les impacts neuropsychologiques, ceux de l'épidémiologie ? La prise en considération des comorbidités psychiatriques et addictives débouche-t-elle sur des prises en charge spécifiques ? Comment et pourquoi s'articulent les différentes approches thérapeutiques ? « *Toute l'ambition de cet ouvrage est d'aider à améliorer la connaissance des particularités diagnostiques et thérapeutiques de la comorbidité entre addiction et troubles mentaux.* » Les auteurs de ce livre sont tous psychiatres addictologues à l'hôpital Paul-Brousse de Villejuif.

**Elsevier Masson, 2013 / 360 p. 38 € / ISBN : 978-2294-72736-8**

# REVUES



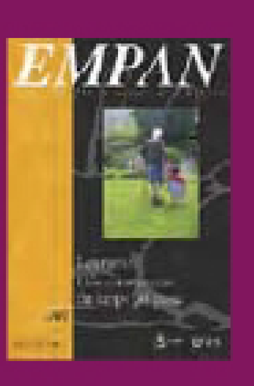
## Figures de la psychanalyse

**Dossier « Le "bipolaire" et la psychanalyse »**

Si le débat est vif entre une psychiatrie scientiste et une psychiatrie référée à la psychanalyse, il l'est tout autant sur la question relative à la désignation diagnostique des troubles dits « bipolaires ». Pour preuve, notamment, l'article de Patrick Landman qui revient sur l'évolution du terme au fil des ans qui a entraîné une « *modification dans la conception des limites entre la normalité et la pathologie* »… ce que les nouveaux systèmes de classification DSM ne manquent pas d'accentuer.

Avec O. Douville, J. Kristeva, G. Chaboudez, B. Toboul, M. David, G. Pommier, C. Gay, P. Landman…

**Érès, 2013, *26* / 326 p., 25,50 € / *ISSN : 1290-3493***



## Empan

**Dossier « Les EHPAD. Une autre gestion du temps qui passe »**

Articulé autour de trois grands axes – les approches plurielles du grand âge, l'accompagnement physique et psychique de la personne âgée ou encore les alternatives, innovations et partenariat –, cette dernière publication de la revue *Empan* propose d'engager une réflexion sur les enjeux politiques, économiques et éthiques de ces établissements voués à faire de plus en plus partie de notre paysage sociétal.

Avec P. Amiel, A. Jouve, J.-B. Paturet, B. Ranchin, A. Roquejoffre, A. Maier, S. Guérin, J. Le Gall…

**Érès, 2013, *91* / 176 p., 17 €/ *ISSN : 1152-3336***



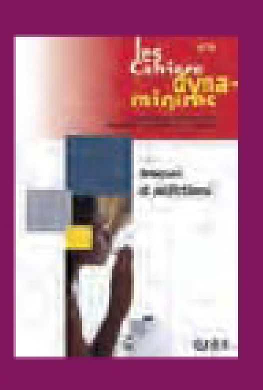
## Dialogue

**Dossier « Tes enfants, mes enfants, nos enfants »**

La famille évolue. Elle se compose, se décompose, se recompose… Et ce sont les places de chacun au cœur de cette famille recomposée qui sont ici décryptées : la redéfinition des rôles parentaux, et notamment celui du père, souvent liée à la réorganisation résidentielle, les liens entre grands-parents et petits-enfants, la place de la belle-mère et du beau-père… autant de situations qui poussent à une réflexion sur le cadre en thérapie familiale psychanalytique.

Avec A. Ducousso-Lacaze, D. Le Gall, H. Popper, F. Dekeuwer-Défossez, S. Cadolle, M. Barraband…

**Érès, 2013, *201* / 144 p., 23,50 € / *ISSN : 0242-8962***



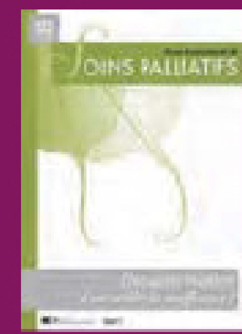
## Les Cahiers dynamiques

**Dossier « Drogues et addictions »**

Si les statistiques avancent que, à l'âge de dix-sept ans, quatre jeunes sur dix ont déjà consommé du cannabis, elles sont bien plus élevées lorsqu'il s'agit de jeunes accueillis à la PJJ. De même, depuis quelques années, la question du trafic s'est invitée dans les prises en charge éducatives. Réflexions et actions de terrain.

Avec S. Spilka, O. Phan, M. Lascaux, D. Forgeot, C. Ben Lakhdar, K. Esseki, M. Chanal, C. Hamant…

**Érès, 2013, 56 / *152* p., 12,50 € / *ISSN : 1167-3184***



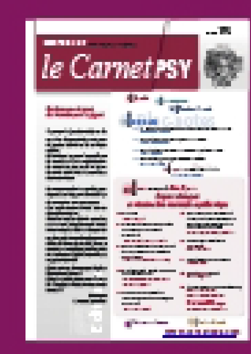
## Revue internationale de soins palliatifs

**Dossier « Une autre manière d'accueillir la souffrance ? »**

Quels sont les impacts psychologique et comportemental du travail en unité de soins palliatifs sur les médecins ? L'utilisation croissante de la sédation palliative serait-elle le reflet de la difficulté du soignant à différencier sa souffrance de celle du malade ? Soins palliatifs riment-ils nécessairement avec isolement, solitude et souffrance ? Des contributions qui offrent un regard singulier sur la prise en compte de la souffrance en fin de vie.

Avec C. Mazzocato, E. Luethi, G. Zulian, H. Gaitzsch, G. Gremaud, J.-A. Pfister, E. Dutoit…

**Médecine & Hygiène, 2013, *28* / 36 p., NC / *ISSN : 1664-1531***



## Le Carnet/PSY

**Dossier « Enjeux cliniques en réanimation néonatale et pédiatrique »**

En 2008, l'association CLEPSYDRE voyait le jour à l'initiative de psychologues, exerçant en service de réanimation néonatale et pédiatrique dans les hôpitaux de Paris et d'Île-de-France, désireux d'échanger sur leur vécu, de proposer des élaborations théoriques, tout autant que de créer des outils adaptés à leur pratique. Les contributions de ce numéro sont le reflet de leur réflexion et de leur engagement dans ces services spécifiques.

Avec S. Séguret, A. Cognet, C. du Peuty, G. Pradillon, A. Berriex, M. Schmoll, V. Guibert…

**Cazaubon, 2013, *175* / 56 p., 8 € / *ISSN : 1260-5921***

## ET AUSSI…

***Libres Cahiers pour la psychanalyse***

Dossier « Une inquiétude mortelle. L'hypocondrie Lettres à Fliess, 1893, 1894, 1895, 1896, Sigmund Freud »

In Press, 2013, *28*

171 p., 20 €

*ISBN : 978-2-84835-267-1*

***Lien social***

Dossier « Le secret professionnel »

2013, *1124*

26 p., sur abonnement

*ISSN : 0994-1819*

***Topique***

Dossier « Pensée politique engagement »

L'Esprit du Temps, 2013, *124*

224 p., 23,50 €

*ISBN : 978-2-8479-246-9*

# OFFRES D'EMPLOI et PETITES ANNONCES

## EXERCICE LIBÉRAL

**> MARSEILLE (CASTELLANE)**
Cabinet de groupe propose mi-temps de psychologue.
200 € / mois c. c.
***Tél. : 04 91 25 41 27***

## OFFRE D'EMPLOI

**> ALÈS (30) – ANGERS (49)**
**BORDEAUX (33) – OISE (60) – PAU (64)**
**TOULOUSE (31) – VANNES (56)**
**PARRAINS PAR MILLE** (Parrainage d'enfants en France) recherche pour ses antennes d'Alès, d'Angers, de Bordeaux, de l'Oise, de Pau, de Toulouse et de Vannes, des **psychologues clinicien(ne)s bénévoles** expérimenté(e)s pour assurer des entretiens auprès des familles et futurs parrains-marraines

***• Contact Alès***
***Claudine Lesueur : 04 66 61 01 62***
***• Contact Angers***
***Sandrine Bechu : 06 61 62 96 58***
***• Contact Bordeaux***
***Danielle Arnaud : 06 78 15 12 92***
***• Contact Oise***
***Pascale Derycke : 06 88 76 16 81***
***• Contact Pau***
***Danièle Pivetta : 06 21 99 72 06***
***• Contact Toulouse***
***Sophie Menvielle : 06 63 02 20 43***
***• Contact Vannes***
***Martine Jacquet : 06 42 31 11 3***

## Renseignements

***Le Journal des psychologues***
**Offres d'emploi et petites annonces**
***Émeline Rost***
***10, avenue Victor-Hugo***
***55800 Revigny-sur-Ornain***
***Tél. : 03 29 70 56 33***

# CONSEILS AUX AUTEURS

***Le Journal des psychologues*** **est un lieu original d'expression où tout un chacun peut exprimer son point de vue et faire partager son expérience.**

**Il s'adresse essentiellement à des professionnels exerçant à partir d'une des disciplines de la psychologie.**

**Ce n'est pas une revue scientifique au sens strict, toutefois les contributions doivent être en adéquation avec le niveau de formation des professionnels qui s'y réfèrent (il ne s'agit pas de vulgarisation).**

**Seuls les articles n'ayant pas fait l'objet de publication, y compris sur Internet, sont acceptés.**

## L'écriture :

> Le découpage de l'article doit se faire en paragraphes clairs et distincts, avec **intertitres**.

> Privilégier la clarté sous-tendue de rigueur scientifique.

> Privilégier l'exemple (vignette clinique).

> Accorder une attention à ce que les tenants et aboutissants de l'argument puissent inciter à la réflexion, plutôt que de privilégier une démonstration scientifique détaillée.

> Une attention particulière doit être portée au **caractère vivant** de l'article.

> L'article doit pouvoir être accessible à un professionnel d'un autre secteur de la psychologie (dimension de transversalité).

> Le Journal étant également diffusé auprès des étudiants, les articles peuvent avoir un caractère incitatif vers d'autres lectures complémentaires.

## Sur le plan technique :

> Le texte doit nous parvenir sous forme d'un support informatique, en **traitement de texte**.

> L'article doit comprendre, en général, entre 18 000 et 24 000 signes (espaces comprises).

> Les **nom, prénom et coordonnées complètes** (postales et téléphoniques) de(s) auteur(s) doivent figurer impérativement sur la **page de titre**.

> Un **résumé** et des **mots clés** sont à proposer.

> Le Système Harvard (alphabétique) est utilisé pour la présentation des références bibliographiques. Elles sont appelées dans le texte par le nom du premier auteur, suivi de l'année de parution de l'article cité. Ex. : … (Anzieu, 1975). Puis, en fin d'article, la bibliographie présente les références complètes, classées par ordre alphabétique des noms d'auteurs.

Chaque article, après acceptation de sa publication, est confié à la secrétaire de rédaction qui le travaille pour le rendre conforme aux orientations et aux impératifs de publication : modifications, coupes, travail sur le style, etc. Le fond de l'article et sa substance ne sont pas revus.

L'article prêt à être publié est ensuite proposé à l'auteur afin d'obtenir son accord et le bon à tirer (BAT). À cette occasion, il sera également demandé que nous soit envoyée une photo couleur de l'auteur.

**Pour toutes propositions d'article, envoyez-les à l'attention des rédacteurs en chef, Delphine Goetgheluck et Patrick Conrath, à l'adresse suivante : jdp@martinmedia.fr**

LE JOURNAL DES PSY

# LE COUPLE

## Histoires, destins et conflits




90 pages • 7,90 €

L'ouvrage privilégie l'approche psychanalytique qui permet de percevoir la complexité des relations intra couple : au-delà du « bon » et « mauvais » couple, au-delà des petits rituels, des agencements, des dysfonctionnements apparents.

Le couple est façonné par des déterminants inconscients, par tout ce qui nous échappe.

Ainsi les modalités des liens, conscients mais aussi et surtout inconscients déterminent la vie du couple, ses aléas, ses méandres, ses histoires et ses conflits.

Hors-série du *Journal des psychologues*
dirigé par **Patrick Conrath**

**Sous la coordination scientifique d'Éric Smadja**

Colette Braem • Monique Bydlowski • Jeanne Defontaine • Vincent Garcia • Christine Leprince • Anne Loncan • Serge Palin • Sylvain Mimoun • Jacqueline Schaeffer • Éric Smadja • Leticia Solis-Ponton • Jean-Marc Talpin

## BON DE COMMANDE

À retourner au Journal des psychologues • CDE • 10, av. Victor-Hugo – CS 60051
55800 - REVIGNY N° Indigo 0 825 82 63 63 - Fax 03 29 70 56 74

Code AJDP0013

Nom ....................

Prénom ....................

Adresse ....................

....................

Code postal

Ville ....................

Email ....................

**OUI**, je souhaite recevoir :

.......... **ex. de LE COUPLE Histoires, destins et conflits**

**au prix unitaire de 7,90 €* soit** .................... **€**

**Je choisis de régler :**

❑ **par chèque joint** à l'ordre du *Journal des psychologues*

❑ **par carte bancaire**

Expir e fin     Signature *(uniquement CB)*

Code CVC *Code vérification client*
*(trois derniers chiffres du n° figurant au verso de votre carte)*

❑ **par mandat administratif** *(cachet obligatoire)*

** Tarif France métropolitaine. Autres destinations, consulter*

